Carbajal (A. J.)

EL EMBARAZO

Y EL

PARTO COMPLICADO DE CÁNCER DE LA MATRIZ

TESIS

Presentada al Jurado Calificador
en el Concurso abierto para proveer la plaza de catedrático adjunto
á la Clínica de Obstetricia
de la Escuela de Medicina de México

POR EL DOCTOR

A. J. CARBAJAL,

De la Facultad de México é Inspector Sanitario
del Consejo Superior de Salubridad.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO,
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente, 51.)

1895

EL EMBARAZO

Y EL

PARTO COMPLICADO DE CÁNCER DE LA MATRIZ

TESIS

Presentada al Jurado Calificador
en el Concurso abierto para proveer la plaza de catedrático adjunto
á la Clínica de Obstetricia
de la Escuela de Medicina de México

POR EL DOCTOR

A. J. CARBAJAL,

De la Facultad de México é Inspector Sanitario
del Consejo Superior de Salubridad.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO,
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente, 51.)

1895

A LA MEMORIA

DE MIS MAESTROS

LOS PROFESORES DE LA ESCUELA DE MEDICINA

EN EL AÑO DE 1868

HOMENAJE DE RESPETO Y GRATITUD.

El Autor.

A su distinguido amigo el Sr. Dr. N. Leon
Homenaje del autor

A. J. Carbajal

México - Abril 4/910

INTRODUCCION.

HABIENDO tenido oportunidad de asistir, el año 1874, un caso de parto bastante grave, complicado de cáncer uterino, me propuse, desde hace tiempo, hacer una averiguación sobre los que se hubieran presentado en la práctica mexicana, y un estudio especial en los autores; pues reconocía la insuficiencia de mis conocimientos sobre tan delicado asunto, que felizmente ocurre raras veces en la práctica. No he venido á realizar este pensamiento sino hasta hoy, escogiéndolo como tema del presente escrito.

Dirigí cerca de cien cartas á facultativos residentes en los diversos Estados y en la Capital, y tomé informes verbales de aquellos que creí pudieran suministrarme algunos documentos. El resultado ha sido solamente la adquisición de unas cuantas historias bastante compendiadas: excepto una, la número 2, que fué publicada en la Revista Médica, y que por ser muy extensa me ha parecido conveniente extractar. En cambio, material muy rico me presentó la excelente monogra-

fía del Dr. P. Bar, intitulada "Du Cáncer uterin pendant la Grossesse et l'Accouchement," Paris, 1886, de donde he tomado, extractándolas, las 159 observaciones que figuran en los cuadros que he formado. En este interesantísimo estudio del Dr. Bar, se acompaña una bibliografía de 304 trabajos que tienen más ó menos relación con el asunto, 123 alemanes, 96 ingleses y americanos y 85 franceses; más unos cuantos italianos y belgas. Puede, pues, considerarse como uno de los más modernos y completos sobre este punto. Además, he consultado los tratados generales que han estado á mi alcance, y con estos elementos procuraré abordar mi tema.

Me propongo estudiar la materia principalmente desde los dos puntos de vista que más interesan al clínico, á saber: el diagnóstico y el tratamiento, sin omitir aquellos que, aunque accesorios, se correlacionen con ambos; tales son, por ejemplo, la influencia recíproca del embarazo sobre la marcha de la enfermedad, y viceversa. La influencia del cáncer sobre el parto y la del trabajo sobre la enfermedad, precediendo á estos capítulos algunas consideraciones generales.

ADMITIMOS con Pozzi que el cáncer es un neoplasma maligno, de diferentes especies anatómicas, caracterizado por una tendencia incoercible á invadir los tejidos, reproducirse y generalizarse. Esta definición clínica conviene más al asunto que trato, sin que por esto desconozca la importancia de la determinación histológica que, en el estado actual de la ciencia, es absolutamente indispensable en muchos casos para fijar el diagnóstico.

En cuanto á las formas clínicas, aceptaré tres principales: la ulcerosa, la vegetante y la infiltrante, que corresponden á sus caracteres macroscópicos, pero que se combinan; así, un cuello primitivamente infiltrado, se ulcera posteriormente; las vegetaciones se infiltran de papiloma y se ulceran, ó bien los núcleos de infiltración llegan á formar uno ó muchos tumores. La tendencia común es la de la malignidad, que se revela por los caracteres dados en la definición. Ruge y Veit[1] han tratado de determinar las leyes de la propagación, fundándose en los estudios histológicos.

1º El carcinoma de la mucosa cervical se forma en el tejido conjuntivo submucoso, y por continuidad se propaga fácilmente al cuerpo, despegando la mucosa y atacando la ca-

1 A. Martín. Trait. Clin. des malad. des femmes. Trad. de H. Varnies et Fr. Weis, Paris, 1889, pág. 368.

pa muscular. Se forma una ulceración que puede ser muy vasta, sin que el orificio externo ú hocico de tenca esté atacado: ulteriormente corroe los tejidos hacia adelante hasta la vejiga, y hacia atrás hasta el peritoneo. Hay otra variedad de este cáncer que tiene por punto de partida las glándulas, y corresponde á los epiteliomas tubulado y perlado de los franceses; su tendencia es igualmente la de propagarse á la mucosa uterina.

2º El cáncer vegetante de la porción vaginal del cuello ó caneroide superficial de Schroeder, se produce sobre una erosión de la mucosa, tapizada de epitelio cilíndrico y cuyo epitelio pavimentoso ha desaparecido. Hay otra forma que parte del tejido conjuntivo submucoso. En esta clase de cáncer es más notable la extensión en superficie, y, como dice Pozzi, puede permanecer localizada más largo tiempo, acabando siempre por propagarse á las partes adyacentes; vagina y cuerpo del útero.

3º En cuanto á la forma infiltrante, tuberosidad cancerosa de Schroeder, nace bajo la mucosa y después ulcera la cara interna ó externa del cuello, propagándose en seguida al cuerpo de la matriz, á la vagina y á los demás órganos vecinos.

El cáncer uterino puede invadir todo el órgano, comenzando por el cuerpo ó el cuello; mas frecuentemente comienza por el cuello. De las dos primeras observaciones del cuadro, en una, la de Bernardy, se hizo el examen microscópico, de lo que resultó que el tumor era un adeno-sarcoma del cuerpo del útero, y el cuello no estaba afectado; la de D'Outrepont no tiene valor, porque, según la descripción, hubo error de diagnóstico, y se trataba de un fibroma, como con justicia asienta el Dr. Bar.[1] He anotado, además, dos observaciones

1 P. Baz. Du cancer uterin pendant la Gross. et l'Accoucht. Paris, 1886, pág. 11.

nacionales del Dr. Mendizábal, la número 3, adeno-sarcoma del cuerpo, aborto á los tres meses y muerte seis meses después. La número 4; sarcoma del cuerpo, aborto á los dos meses del embarazo y muerte á los tres meses. En la de Bernardy el trabajo se declaró á los cinco meses y medio. En consecuencia, todas las enfermas abortaron y murieron en un plazo de dos y medio á seis meses. La observación número 3, de Lawson Tait, indica otro caso de útero invadido por núcleos sarcomatosos: el autor hizo la operación de Porro, del cuarto al quinto mes y la enferma curó; el cuello estaba indemne. Son pocos documentos para formar una opinión definitiva; pero permiten pensar que el embarazo tiene muchas menos probabilidades de llegar á término, cosa que fácilmente se comprende: pues las hemorragias de la cavidad del cuerpo determinan con más seguridad el aborto que las del cuello; el obstáculo mecánico á la distensión del cuerpo es mayor impedimento para el desarrollo del huevo que en el cuello, en donde nada más se opone á su expulsión. Sin embargo, en la observación número 5, de Neyronis, se dice que el embarazo llegó á término, á pesar de que en la autopsia el útero tenía tres pulgadas de espesor en su fondo y la consistencia era *carcinomatosa*. El hecho de la consistencia dura, no basta para asegurar que se trataba realmente de cáncer, y no se dan más detalles.

El cáncer del cuello, aun ulcerado, no opone obstáculo á la fecundación, la cual es, por otra parte, favorecida, como dice Martin, porque el apetito sexual se exaspera más bien que disminuye, en casos de destrucción muy pronunciada del cuello. Con menos razón estará impedida en la fase inicial de la enfermedad ó período latente, cuando suele no haber ni hemorragias ni abundante flujo.

Si el partero ha examinado á la paciente antes del embarazo, y la enfermedad está avanzada como en el caso de mi

enferma, no hay dificultad alguna. No sucede lo mismo si la preñez sobreviene en el período inicial del cáncer, pues entonces, como en el estado de vacuidad, habrá que recurrir al examen microscópico; porque ni el tacto ni los síntomas subjetivos podrían evitar la confusión con una metritis crónica, por ejemplo, que hubiera producida una infiltración extensa y alteración profunda de la mucosa ó el cuello. Mas á este respecto, hay que tener en cuenta las juiciosas reflexiones de Bar, pues desde luego es necesario tener presentes ciertos detalles muy importantes: es necesario raspar la mucosa, ó más bien, la superficie del lugar sospechoso, de manera que se esté seguro de tomar tejido enfermo; lo cual no siempre es fácil tratándose del ectropión, tan frecuente en las multíparas: si se trata de un endurecimiento del cuello, es indispensable extraer un buen pedazo, de un centímetro por lo menos de espesor, y no alterar en el ó los cortes sucesivos, la relación normal de los diversos elementos anatómicos. Si al examen microscópico se encuentran elementos embrionarios tiernos, se debe temer una invasión rápida, y lenta si son adultos; pero no hay que ocultar que este diagnóstico anatómico suele ser dificilísimo tratándose de los epiteliomas. Sin duda por estas causas, posibles de error, Martin es más desconfiado y practica la amputación infra ó supra vaginal en los casos dudosos, para procurarse los materiales indispensables para la edificación del diagnóstico (loc. cit. 374). En suma, el examen histológico es siempre indispensable, aunque frecuentemente no pueda suministrar datos de certidumbre durante las primeras fases de la enfermedad.

En el cáncer escirroso el cuello está duro, desigual, abollado, cerrado algunas veces y como fruncido. Uno de los labios puede quedar más ó menos largo tiempo sano, así como el cuerpo del útero; pero el mal se propaga á los dos labios y se extiende á la vagina, lo que quita toda movilidad á la matriz: la vagina está entonces descolorida. El dolor es lancinante agudo; poco ó nada influído por el movimiento y la

presión. El flujo algunas veces nulo, otras es copioso, sero-albuminoso, y más tarde fétido. Hay hemorragias.

El mal marcha rápidamente y conduce á la caquexia canceroso.

En la metritis crónica endurecida la dureza del cuello es menor pero más general; se extiende á todo su contorno; el orificio está entreabierto; la vagina sana; si la matriz está un poco menos móvil es debido sólo al aumento de su volumen y á su peso. El dolor es muy obtuso y se despierta por el tacto, la marcha y los sacudimientos. El flujo constante, mucoso, purulento ó muco-purulento. La menstruación es irregular, frecuentemente retardada ó disminuida. La marcha del mal lenta y de larga duración.[1]

Un caso puede presentarse: desconocer el embarazo en una matriz ya evidentemente cancerosa. Los frecuentes escurrimientos sanguíneos y la ausencia de los signos de certidumbre de la preñez pueden hacer sospechar que el aumento de volumen del útero es debido á la propagación del neoplasma. El examen repetido demostrando el aumento progresivo de volumen del órgano, la forma esferoide y la consistencia blanda y elástica de la matriz, permitirán establecer el diagnóstico á una persona bastante ejercitada en la exploración, según asienta el Dr. San Juan para el embarazo fisiológico,[2] pues según este autor, en los casos de sarcoma difuso de la mucosa ó sarcoma fibroso circunscrito, ambos del cuerpo de la matriz, "la ex-
" ploración encuentra aumento de volumen del órgano, cuya
" consistencia algunas veces renitente es blanda en otras, y
" cuya forma es ya normal, ya esférica. En este caso, pues,
" faltan uno y hasta dos de los signos del embarazo.

" En cuanto á los sarcomas circunscritos que nacen en la
" capa muscular, semejantes á los tumores fibrosos, pueden
" ser submucosos y se encuentran habitualmente en el cue-

1 E. Hubert. Cours d'Accouch. T. I, pág. 791.

2 Diagnóstico del embarazo fisiológico en los primeros meses. Dr. N. San Juan, 1892.

"llo. Su forma y su especial dureza en los puntos corres-
"pondientes al sitio de implantación permitirán reconocer-
"los.

"Cuando se trate de cáncer del cuerpo de la matriz se en-
"contrará, según el autor citado, el aumento de volumen y
"aun la esfericidad del órgano, pero no la consistencia del
"útero preñado."

De lo cual deducimos, para el caso que nos ocupa, que se revelará el embarazo cuando á pesar de existir los síntomas que denuncien un cáncer y continuar las hemorragias, una exploración atenta y varias veces repetida demuestre ciertamente las modificaciones del útero ya descritas.[1]

Pero el diagnóstico puede presentarse bajo otro aspecto. La mujer está embarazada y tiene un flujo sanguinolento y de mal olor; puede ó no existir sobre el cuello una vegetación de carácter sospechoso; hay una vaginitis granulosa. Bastará en este caso el tratamiento apropiado de la vaginitis, y examinar con alguna frecuencia el resultado obtenido (Ribemont).[2]

Otras veces el reblandecimiento gravídico facilitará el diagnóstico haciendo más aparentes los núcleos endurecidos (Auvard), pero como se comprende, esto no ocurrirá sino del segundo trimestre en adelante.[3]

Si el cáncer está más avanzado, el examen local que da á conocer los caracteres del tumor ó de la ulceración y los tres grandes síntomas característicos, dolores, hemorragias, leucorrea fétida y los signos de caquexia, no dejarán duda de la naturaleza de la lesión. Mas hay que advertir que pueden faltar. uno ó varios de esos síntomas. En mi enferma, al revés de lo que generalmente sucede, sobrevino una remisión notable en la marcha del cáncer. Aun los signos de caquexia

1 Pozzi cree imposible el diagnóstico del embarazo en útero canceroso antes del cuarto mes. Traité de Gynec., pág. 422, 1890.

2 Precis d'Obstétrique par MM. Ribemont, Dessaignes et Lepage. Paris, 1894, pág. 989.

3 A. Auvard. Traité pratique d'Accouchements. 1890.

que comenzaban, desaparecieron, y una pérfida mejoría hizo creer á la paciente que había sanado, y solamente tenía las molestias propias del embarazo. El examen local hubiera definido exactamente esta situación.

Un pólipo fibroso ulcerado é intracervical puede ser tomado por cáncer, como en un caso que refiere Pozzi. Introduciendo el dedo en el orificio externo del cuello se siente una especie de collar que rodea el tumor, de una manera continua, y la superficie de éste es lisa y firme, exenta de ulceración.

Los miomas pequeños del cuello no van acompañados de infiltración y la mucosa no está adherente (Spiegelberg).

Los papilomas benignos tienen la forma de crestas de gallo, son numerosos y diseminados, el escurrimiento es fétido y sanguinolento, no muco-purulento como el de la vaginitis.

Hay otras formas excepcionales que describe Pozzi, como el cáncer con hipertrofia del cuello, el sarcoma, mio-sarcoma estrio-celular, adeno-mixo-sarcoma, etc., etc., que no deben detenerme porque interesan más á la anatomía patológica. El diagnóstico tendrá por base el examen microscópico.

Por lo que toca á la leucorrea de mal olor, ésta puede ser producida por una vaginitis granulosa, como hemos dicho, por un fibroma reblandecido y supurado, por una simple metritis ulcerosa.

En cuanto á las hemorragias, un pólipo cervical ó una placenta previa pueden determinarla; pero además pueden coexistir ambas complicaciones (observación 55.) Algunos distinguidos parteros, dice Bar, han podido cometer este error, pero con justa razón asienta, que el cuello no dará las sensaciones que se perciben en el cáncer, si sólo hay placenta previa.

La presencia de bridas cicatriciales, ó la simple rigidez pudieran ser tomadas por una afección cancerosa, y aun se ha dado un caso que cita Bar, en el cual se practicó la operación Cesárea. Los antecedentes de partos anteriores, si se trata de una multípara, y la ausencia de otros signos particula-

res al cáncer, como dolores, hemorragias, etc., permitirán evitar la confusión.

La rigidez anatómica, á mediados ó fin del embarazo, debe ser muy rara. Yo, por lo menos, en una práctica de 25 años, no recuerdo haberle encontrado ni una vez, por lo menos al grado que me hubiera impuesto una indicación tocúrgica, y acepto como verdaderas las conclusiones del Dr. Toledo en su tesis hecha bajo la inspiración de Wallick (citado por Ribemont):

"1º Muchos hechos citados de rigidez no corresponden á una modificación de textura tal que oponga obstáculo á las funciones del cuello.

2º La distocia localizada entonces en el cuello, depende más bien de la falta de alguno de los factores de la acomodación.

3º Entre estos factores el principal es el que se refiere á la ausencia, irregularidad ó deficiencia de las contracciones uterinas, que explica muy á menudo la estenosis momentánea del cuello."

Es posible que la irregularidad y frecuencia de las hemorragias hagan presumir la no existencia del embarazo, que sólo se viene á hacer manifiesto muy cerca del trabajo mismo, y aun hasta el momento del parto (obs. 57).

Un tumor canceroso puede ser tomado por una parte del feto (obs. 56). Haciendo el tacto manual se deberá tratar de reconocer y precisar los caracteres respectivos; pero á veces, como en la observación del Dr. Capetillo y otras, este medio será de difícil aplicación, á causa de la imposibilidad de introducir la mano y aun suficientemente los dedos.

El cáncer uterino puede presentarse existiendo de antemano un embarazo ectópico (obs. 59). En la autopsia de esta mujer se encontró, además del útero canceroso, un feto de cinco meses entre el recto y el útero, en la cavidad abdominal: el feto estaba en putrefacción. En caso análogo, los antecedentes son de mucha importancia, pero el diagnóstico

puede ser muy difícil. Cuando la matriz está en retroversión y hay embarazo y cáncer (obs. 58) se asocian todos los síntomas, y la disuria y constipación alumbrarán el diagnóstico.

Determinada la existencia de una complicación tan grave como es el cáncer, se debe procurar establecer: 1º, su especie histológica; 2º, el punto de partida ó de origen; 3º, su limitación.

Sobre el primero, nos hemos explicado brevemente por ser de la competencia de los histologistas.

Sobre el segundo, se relaciona mucho con el anterior y puede presentar serias dificultades cuando el proceso está avanzado; sin embargo, es muy interesante saber si el mal ha tomado origen en la cavidad intracervical, ó en la parte libre y cara externa del cuello, ó si ha comenzado en su parenquima; es decir, si hay infiltración, ó sea *tuberosidad cancerosa*, como llaman los alemanes, pues hemos dicho que el cáncer de la cavidad cervical invade rápidamente el cuerpo; un poco menos aprisa, pero siempre con tendencia á propagarse hacia arriba el cáncer infiltrante; y por último, el epitelioma ó caneroide de la porción vaginal es el que por más tiempo está localizado y se extiende menos hacia el cuerpo.

Es necesario por el tacto explorar bien el segmento inferior de la matriz; el contorno del cuello y las paredes pelvianas, en todos sentidos, para apercibirse de los signos posibles que indiquen la invasión del tejido celular pelviano; explorar igualmente el recto y la vejiga, sin olvidar el resto de la matriz, es decir, el cuerpo.

Por último, el estado general de la paciente y todo lo relativo á la marcha del embarazo, fijando los pormenores de éste, presentación, posición, etc.

¿Cuál es la influencia que el cáncer ejerce sobre el embarazo y el parto?

La enfermedad es causa de la interrupción del embarazo

provocando el aborto ó parto prematuro, con tanta más probabilidad cuanto más avanzada esté, sobre todo si ha comenzado por el cuerpo de la matriz. Las dos observaciones mexicanas del Dr. Mendizábal lo comprueban, y Schroeder y otros autores lo han así establecido. La causa puede ser la mala nutrición del huevo, la fluxión permanente de la matriz, las hemorragias y la debilidad caquéctica de la enferma. En el cáncer del cuello el embarazo ha llegado á término en los dos tercios de los casos, según las estadísticas de Cohnstein, Hermann y de Bar.

De no ser interrumpido el embarazo, lo común es que vaya acompañado de dolores abdominales, hemorragias, flujo fétido, síntomas del cáncer, y algunas veces, aunque raras, puede suceder por el contrario, como en el caso núm. 1 (observaciones mexicanas), que se establezca cierta remisión en los síntomas y la enferma se mejore temporalmente.

Al verificarse el aborto pueden presentarse dificultades tales que indiquen alguna intervención. En la observación 54 la expulsión del feto tuvo lugar por fragmentos, durante algunos días, después de haberse intentado inútilmente la dilatación del cuello con esponjas.

En la núm. 9, del Dr. Hurtado, no fué posible la expulsión espontánea; y el desembarazamiento por las vías naturales se consideró peligroso: el autor se decidió por la operación Cesárea. Otro tanto puede acontecer con el parto prematuro, pues si el menor volumen del feto es circunstancia favorable para su expulsión espontánea, como en una observación del Dr. Bar (loc. cit., pág. 85) y la núm. 62, también pueden presentarse dificultades por la presentación (obs. 61), en la que se tuvo que hacer la versión podálica por haberse tratado de una presentación del hombro derecho; ó bien porque el tumor ó el estrechamiento que en el canal produce el neoplasma impidan absolutamente su salida; tal pasó en la observación núm. 2 del Dr. Capetillo, y en una muy interesante de Galabin (obs. núm. 51), muy semejante á la del Dr. Hurtado.

Se comprobó en la autopsia que el feto, ya macerado, no hubiera podido ser extraído por las vías naturales, á pesar de que era de seis meses, y se practicó la operación Cesárea: muerte de la mujer á las 15 horas. El trabajo puede prolongarse demasiado y terminar espontáneamente después de varios días (obs. 45): 3 días, embarazo 7 meses (obs. 46); trabajo 6 días, embarazo 8 meses. Aun puede no llegar á verificarse el parto y morir la paciente durante él (obs. 49 y 50) á consecuencia de rotura del útero. De lo que resulta que el pronóstico del aborto y parto prematuro no siempre presenta la benignidad que pudiera á priori establecerse.

Veamos ahora lo que ocurre en el parto á término. La principal dificultad está en la resistencia que el cuello uterino opone á la dilatación completa; lo cual depende, ó bien de que esa resistencia no puede ser vencida por contracciones enérgicas y normales por su frecuencia, dirección, etc., ó bien porque cierto grado de fatiga ó inercia del músculo uterino es causa de lentitud más ó menos extrema en la dilatación; ó insuficiente para vencer el obstáculo mecánico que opone el tumor.

Deberá tenerse bien presente al espíritu, que á pesar de esta causa de distocia se han observado casos en que el parto se ha verificado por sólo las fuerzas naturales, mediante una espera variable y sin que la paciente haya tenido que deplorar esa sabia expectación (obs. 7, 12, 13 y 14). Mas otras veces la rapidez y facilidad con que es expulsado el engendro ha dependido de desgarraduras más ó menos extensas en el cuello de la matriz ó pared recto–vaginal (obs. 15 y 16) que han contribuído á acelerar la muerte.

El parto puede retardarse considerablemente. En la observación núm. 39, citada por varios autores, no llegó á verificarse y la mujer sucumbió al 17º mes sin ser desembarazada. Un retardo desde 5 hasta 28 días se ha visto en las observaciones núms. 35, 36 y 37. En todas ellas ha habido serias complicaciones, como septicemia, muerte del producto, rotu-

ra prematura de la fuente, y en la núm. 39, no sólo el cuello, que nunca llegó á dilatarse á pesar de varios conatos de parto, sino el segmento inferior de la matriz estaba degenerado. En la otra causa de retardo que hemos mencionado, la inercia uterina fué muy palpable en un caso de Valenta, citado por Bar. El autor tuvo que practicar varias incisiones al cuello y hacer el parto forzado á causa de los síntomas de infección que se presentaron y de la inutilidad de otros medios empleados para despertar las contracciones que se habían suspendido. Esta debilidad ó ausencia de las contracciones se puede atribuir á la suma debilidad de la enferma, ó á la degeneración del cuerpo mismo del útero en su segmento inferior.

Veamos los accidentes que pueden ocurrir durante el trabajo del parto. Uno de los más frecuentes, casi constante podemos decir, en vista de las observaciones recogidas, es la hemorragia, que ya durante el embarazo se presentara con más ó menos frecuencia y abundancia. La dilatación del cuello, la compresión que necesariamente sufre el tejido degenerado, produce la rotura de los vasos sanguíneos, y esta hemorragia puede ser mortal en corto plazo (caso de Lanbreis, obs. 27) ó dejar á la paciente muy agotada, como sucede más á menudo. Este accidente está muy correlacionado con una amplia desgarradura ó rotura uterina, que es otro de los muy graves que se pueden presentar, y debe detenernos un poco, porque se liga muy estrechamente con un recurso quirúrgico que puede tener necesidad de emplearse y se ha usado muy frecuentemente: las incisiones sobre el cuello uterino.

La desgarradura puede producirse de una manera súbita, después de un trabajo prolongado (observación 24) que repentinamente termina, experimentando la mujer, como en otro caso de Ramsbotham (Herman y Bar), un vivísimo dolor y la sensación de una rotura interna. Si, como es casi indispensable, las roturas se hacen, pero gradualmente, el pe-

ligro es menor, porque son múltiples. La desgarradura se verifica en el tejido degenerado y se extiende con mucha facilidad, á diferencia de lo que pasa en el tejido sano, en donde además de que siendo más elástico es menos propenso á romperse; la rotura se limita. Pueden interesar los órganos adyacentes como la vejiga, el recto, el tejido celular pelviano, el peritoneo, lo que aumenta mucho su gravedad. Esta dirección que afectan depende de varias causas complexas.

El tumor mismo ó la parte enferma del cuello puede ser totalmente arrancado (observación de Meigs y de Lever); en ambos casos el parto terminó espontáneamente y pronto.

Las desgarraduras del cuello pueden, ciertamente, facilitar la expulsión del producto; sin duda por esto algunos parteros como Baudelocque, no las temían tanto: en cambio Mad. La Chapelle ha dicho que: aun cuando una desgarradura espontánea viene á completar una dilatación insuficiente, una incisión es el principio de una desgarradura más profunda y peligrosa. Volveremos á tratar este asunto en el tratamiento, porque de sumo interés lo reputamos.

Tal puede ser el obstáculo que la matriz tiene que vencer, que puede romperse primitiva ó consecutivamente á una desgarradura, y entonces los peligros son mayores porque se agregará una infección segura, si por acaso no sucumbe la paciente á las pocas horas, como en las observaciones números 29, 30 y 31. En dos hubo presentación de tronco. En otro caso de Hecker, también de presentación de tronco, la desgarradura fué incompleta y situada en la pared anterior del órgano: causó un abundante derrame de sangre en la cavidad abdominal y la mujer sucumbió á las 48 horas de trabajo sin haber sido desembarazada. El niño estaba muerto y fué luego extraído por la versión.

En suma, las desgarraduras pueden ser uno de los más graves contratiempos que pueden ocurrir. La matriz misma romperse y una ú otra lesión acompañarse de hemorragia y aumentar la que de antemano generalmente existe.

La gestación y el trabajo de parto no pueden menos que influir en la evolución del cáncer, y esta influencia es á menudo fatal. Desde luego las observaciones lo comprueban. En un caso de Sympson, el cáncer, que comenzó por la vagina, en tres meses invadió el cuello uterino, el recto y la vejiga, y la mujer murió al cuarto mes del embarazo. En otra observación de Galabin, á los dos meses de haber aparecido los síntomas del cáncer en una mujer embarazada de sexto mes, ya el cuello estaba ulcerado y en parte destruído; las hemorragias habían sido profusas y sustituídas en su intervalo por abundante leucorrea que irritaba los órganos genitales externos (Bar); estas observaciones no son excepcionales.

Las condiciones anatomo-fisiológicas que el embarazo crea en todo el canal vulvo-uterino, son eminentemente favorables para la rápida evolución del cáncer, sea del tejido conjuntivo ó epitelial; tales como la formación de elementos embrionarios, la impregnación de jugos plasmáticos y el reblandecimiento que es la consecuencia; la circulación aumentada por la formación de vasos nuevos y el aumento de volumen de los existentes, tanto sanguíneos como linfáticos. Así, no hay que extrañar que la infiltración cancerosa se propague con más rapidez al tejido celular pelviano, á la vagina, vejiga y recto, que en las circunstancias tan diversas de los órganos, cuando no hay preñez. Por esto es que, aun ciertas formas de cáncer de evolución lenta se transforman en las de marcha rápida é invasora, volviendo sus elementos al tipo embrionario. De aquí, la formación de tumores ó infiltraciones tan enormes que pueden ocupar casi toda la pequeña pelvis, como hemos citado alguna observación; un estrechamiento tal de la vagina infiltrada, como en la observación número 2 (mexicana). La ulceración del neoplasma hemos dicho es más precoz, y de aquí más frecuentes y abundantes hemorragias, que unidas á la leucorrea, que suele ser muy abundante y continua, conduce pronto á la caquexia. La hemorragia puede ser tal, por su continuidad, que la mujer sucumba antes

del término del embarazo y sin que se declare el trabajo (observación número 9), ó bien el marasmo y la caquexia unidos al agotamiento que ocasionan los dolores apresura el fin antes del parto (observación número 11). Mucho suele contribuir á aumentar los sufrimientos de estas desgraciadas enfermas, las perturbaciones funcionales de la vejiga ó del recto, sobre todo si llegan á formarse fístulas vesico ó recto vaginales (observaciones 10 y 11).

Lo verdaderamente raro es que el cáncer experimente una especie de remisión, como en la observación número 1, mexicana, y en la número 6 de Mongomery, y que este retardo en su marcha habitual permita un embarazo ulterior (observaciones 7 y 8). La muerte sobreviene pocos días ó meses después del parto, si ha logrado escapar la enferma de ese largo período que media entre la concepción y el alumbramiento, cuyos graves accidentes hemos apuntado.

En cuanto á la influencia que el trabajo ejerce sobre la enfermedad, también es muy á menudo fatal, pues los órganos degenerados experimentan un traumatismo que puede llegar á la desgarradura y la gangrena; las escaras al caer producen fístulas (observación 27), peritonitis violenta (observación 62), ó septicemia (observación 61). La misma infección puede venir desde el momento del parto ó antes (observación 2, mexicana, y otras muchas extranjeras).

De todo lo cual deducimos la extrema gravedad del pronóstico en un embarazo ó parto complicado de cáncer uterino. En el puerperio el peligro de la septicemia es mucho mayor, sobre todo si el feto ha muerto antes del parto ó si ha habido maniobras operatorias.

No es tampoco nada favorable al feto haber sido engendrado en una matriz ya cancerosa ó que se ha vuelto después de la impregnación. Si logra escapar al aborto ó parto prematuro, todavía está en peligro de sucumbir durante el trabajo, por una rotura precoz de las membranas, por una dilación muy grande en la expulsión, por la muerte misma de la ma-

dre antes del alumbramiento; y si sobrevive, el estado de debilidad ó caquéctico en que nace no puede permitir, en general, que llegue á tornarse en un ser sano y vigoroso, habiendo sido nutrido por un organismo tan profundamente alterado.

Antes de ocuparme de los diversos tratamientos que se pueden emplear para llevar al mejor término posible un embarazo ó un parto complicado de cáncer, me parece conveniente exponer la cpinión de varios autores sobre tan ardua materia, extractando ó traduciendo literalmente lo más importante de sus obras.

Velpeau, Trait. Comp. de l'art des Accouch., 2ª Edit., 1835, pág., 219, T. II, confunde en la misma descripción el endurecimiento ó rigidez simple y la escirrosa, y hablando más especialmente de las enfermedades diversas del cuello que pueden ser causa de distocia, dice: "Un tumor fibroso, un escirro, un pólipo, cicatrices, una úlcera, etc., merecen precauciones especiales. Desde luego, el punto enfermo no participa, en general, de la extensión del órgano durante el embarazo, ó no se retrae después del parto. Además, impide ó perturba las contracciones durante el trabajo y favorece por esto mismo las convulsiones, la desgarradura de la matriz, la inercia y el agotamiento general. Será necesario, pues, extraer el feto sin esperar mucho tiempo, ya con la mano ó los instrumentos, para substraer á la paciente, tanto cuanto el arte lo permita, á los peligros antes dichos.

Importa tanto más estar prevenido de este precepto, cuanto que el cáncer del útero, por ejemplo, no hace imposible la preñez. Si como lo prueban las observaciones de D'Ontrepont (1829), dos que me son personales y otras varias, el parto puede verificarse sin auxilio: si como en un caso de Mr. Troussel y otro mío, los progresos del mal determinan la muerte de la mujer antes del parto, no es menos cierto que

pueden observarse los peligros arriba mencionados, y el médico verse en la necesidad de impartir su socorro á esas desgraciadas pacientes que sufren tales enfermedades.

Fabricio de Hilden habla de un enorme cáncer (pólipo) en el cuello: dice que el parto fué imposible y la mujer murió." Velp. 218.

J. Burns. (The Princip. of Midwifery, 1837, pág. 112.) "Denman refiere un caso en que había una grande escresencia cancerosa en el útero, acompañada de hemorragia. La mujer sucumbió sin ser desembarazada aunque se redujo la cabeza del feto. Cuando el cuello está afectado de scirro y la mujer ha concebido, el útero se ha roto algunas veces sin haberse verificado el parto. Hildams cent. 1 observación, 67 y varios.

Scholzius refiere un caso de rotura del útero por escirro, cáncer del fondo." Pág. 529.

James Blundell. No trata del asunto.

Hugh L. Hodge. (The Principles and Practice of Obstetrics, 1866, pág. 287.) "En los casos en que no se puede obtener la dilatación completa del cuello del útero por contracciones uterinas suficientemente enérgicas, después de una larga espectación, se pueden hacer una ó varias incisiones en el cuello, teniendo cuidado: 1º, de no interesar la vagina; 2º, de respetar el peritoneo. Raras veces deberán ser profundas, pues son de peligro si se prolongan y determinan una desgarradura bajo de la presión de la cabeza fetal. La vida del niño podrá salvarse de este modo, pero no menos se debe tener presente que su vida á menudo queda comprometida, por la necesidad que ha habido de una larga espectación; y segundo, porque habrá necesidad de extraerlo á través de un orificio aún no completamente dilatado. Sin embargo, esta operación es menos peligrosa para la madre que la operación Cesárea, pues la experiencia nos enseña que las incisiones y aun desgarraduras del cuello no son habitualmente de fatales consecuencias, con tal que no se prolonguen hacia la cavidad

abdominal y comprendan el peritoneo. Es maravilloso á veces lo que la naturaleza puede verificar en los casos más desfavorables, y también lo mucho que el arte puede favorecer estas tendencias. El autor tuvo un caso en el cual el cuello estaba muy grueso y duro en su mitad anterior; y el segmento posterior, á pesar de estar igualmente grueso, cedió lo suficiente para dejar paso á un feto en plena madurez: la madre sobrevivió tres ó cuatro meses.

Mi amigo el Dr. Renzore ha desembarazado á una mujer en circunstancias muy interesantes.

El Dr. P. fué llamado por el Dr. Spooner para ver una mujer en el Dispensatorio de Philadelphia; estaba en trabajo de parto hacía varios días; el cuello del útero estaba escirroso y aparentemente del todo indilatable. El cuello formaba un canal contraído, á través del que pudo introducirse el dedo. Al octavo día de trabajo se reconoció una dilatación como de una y media pulgadas; el cuello se había acortado y pudo tocarse una presentación de hombro. La auscultación reveló que el niño había muerto; pero la madre se conservaba bien; su pulso latía 100 veces y las fuerzas regulares; el Dr. P. aconsejó la espectación que fué aceptada por los demás médicos asistentes.

Al noveno día el pulso subió á 120, las fuerzas disminuyeron y los dolores se volvieron menos eficaces, un escurrimiento fétido por la vagina indicó que había comenzado la putrefacción del feto, y esto naturalmente agravaba el peligro de la paciente. El cuello se había reblandecido y su dilatación alcanzaba de dos á dos y media pulgadas.

En estas circunstancias el Dr. P. emprendió el desembarazamiento, introduciendo sus dedos á través de aquel anillo uterino, llevándolos tan alto como pudo y guiando sobre ellos un gancho romo hacia el miembro anterior del producto, logrando por este medio bajar á la vagina una pierna. Después de algunas tracciones bajaron los muslos y después el tronco: los brazos se habían detenido, pero fueron extraídos por el

gancho igualmente: la cabeza se detuvo por el cuello contraído, y fué necesario introducir un pequeño gancho romo por la órbita; se dobló perfectamente, y bajando la barba, se hizo la extracción. No hubo hemorragia notable.

"No raras veces se produce el aborto ó el parto prematuro.[1] Si llega á término, la dilatación será tediosa, dolorosa, raras veces completa y á menudo impracticable, especialmente cuando está comprendida toda la circunferencia. Sin embargo, hay que esperar mucho de los esfuerzos uterinos que determinan la dilatación. Varios niños han nacido vivos atravesando cuellos tan endurecidos que al principio del trabajo estaban muy cerrados, y muy difícil de dilatarse, como en el caso del autor arriba citado; cuando no bastan los esfuerzos naturales deben ensayarse el dilatador de Barnes, ó la esponja comprimida, ó incisiones múltiples en el cuello. En casos extremos, la histerotomía vaginal ó abdominal sólo para salvar la vida del niño, la de la madre está perdida."

La gestación y el trabajo apresuran los progresos del carcinoma. Algunas mujeres sucumben durante el trabajo, otras más ó menos tiempo después. La mortalidad de los niños es grande. Cazeaux refiere las conclusiones de Puchelt: 15 nacidos muertos sofre 27.

Fungosidades, coliflores ó excrescencias blandas, se pueden extirpar, y raras veces impiden el trabajo."

William Leishman. (Princip. of Obstet., 1879.) "En estos últimos años se ha fijado la atención sobre ciertas condiciones patológicas que pueden ser causa de rotura del útero. En estas circunstancias puede sobrevenir la lesión en el momento más inopinado, aunque se tenga toda la atención posible por persona verdaderamente hábil. Esto, en verdad, comunica especial interés al asunto: tal es el cáncer del útero que generalmente ataca el cuello de la matriz y desgraciadamente no opone barrera insuperable á la fecundación. Esta enfermedad, aun cuando no haya avanzado mucho, impide la dilatación

1 Loc. cit., 519.

del cuello, al grado que las desgarraduras son casi inevitablemente producidas por las contracciones uterinas; y en casos extremos los únicos recursos son la craniotomía ó la operación Cesárea.

Martin, (Traité clinique des Malad. des Femmes, Dr. Ang. Martin, Trad. Varnier et Weiss, 1889, pág. 370), adopta la clasificación de Schroeder:

1º Caneroide superficial de la porción vaginal.

2º Carcinoma de la mucosa cervical.

3º Carcinoma del cuello.

El caneroide superficial de la porción vaginal dotado de menor malignidad, según Schroeder, es más propenso á reincidir en caso de embarazo, y Martin lo confirma. Extirpó este ginecólogo un caneroide de uno de los labios del hocico de tenca en una mujer embarazada de cinco meses, y á los dos meses se reprodujo. Por esto cree Martin que aun en este cáncer menos maligno que las otras dos formas, es necesaria la extirpación total, aun cuando sólo esté atacado el cuello (habla de útero vacío).

En caso de carcinoma, la ablación total del útero grávido está perfectamente indicada, si es posible quitar todo el tumor. Las intervenciones paliativas en los casos inoperables provocan á menudo la expulsión del huevo, y sólo deben reservarse para aquellos casos en que las hemorragias, la leucorrea y demás padecimientos sean insoportables. Al fin del embarazo el parto se verificará por las vías naturales, á menos que la totalidad de las visceras pelvianas esté atacada, en cuyo caso el mejor recurso es la operación Cesárea, practicada oportunamente.

Pozzi (loc. cit.) opina: hacer la extirpación vaginal: 1º, cuando el cáncer está limitado y no propagado; 2º, cuando el volumen del útero lo permita. La operación se facilita por la lascitud de los tejidos (Hofmeier). La extirpación parcial del cuello ha producido el aborto y el mal ha reincidido (Hofmeier).

Si el cuello está muy duro, provocar aborto y hacer raspa y cauterización.

Si el cuello está extensible, esperar al término, á menos que alguna causa obligue á salvar la vida del niño, y entonces parto prematuro.

Por último:

A. Parto prematuro seguido de histerectomía después de algunos días.

B. Operación Cesárea seguida de colpho-hysterectomía.

C. Extirpación total del útero grávido por laparatomía combinada á la disección vaginal, según el procedimiento usado por Spencer Wells (1881).

D. Histerectomía por la vía pelviana después de la resección del coccyx, y si es necesario de una parte del sacro.

T. Winckel. (A Text-Book of obstetrics. Tranl. by C. Edgar, 1890, pág. 542.) Frecuencia $\frac{8}{15000}$ partos Vinckel: $\frac{12}{17000}$ Strazt.

En el puerperio, fiebre alta y dolores más fuertes del vientre, cáncer limitado á un labio, trabajo normal.

Observación: Junio de 1884, multípara, ocho partos anteriores. Primer período: dilatación, 43 horas. Presentación cefálica, parto normal de un feto macerado, peso 2,550 gramos, dimensiones 48 centímetros. Epitelioma papilar.

Otras veces, muerte durante el trabajo, por infección; dolores débiles y lentos; el trabajo se interrumpió varias veces; perforaciones vaginales; peritonitis.

El tumor es duro y hay desgarraduras que se extienden; se tiene que recurrir á la perforación y al cranioclasto.

Observación: mujer de 42 años, ocho partos anteriores. Carcinoma del cuello y la vagina, niño sin cerebro ni parietales, peso 2,450 gramos. Rotura de la vejiga, que se suturó y dejó una pequeña fístula.

Embolias de aire, causa de muerte repentina.

Observación: mujer de 29 años, sexto parto. Feto maduro hidrocefálico, cuya cabeza comprimía fuerte y alternativa-

mente el cuello canceroso (ayudado de los movimientos de la mujer, que estaba muy agitada); produjo aspiración del aire por las venas uterinas. Se encontró el aire hasta en las venas del cerebro.

La extracción de la placenta se tiene que hacer más á menudo á causa de hemorragia.

Pronóstico: Estadística de Cohnstein. 43 por ciento sobreviven al puerperio; 79 muertes sobre 125 casos. Causas más frecuentes de muerte: peritonitis, rotura del útero, septicemia y metastasis cancerosa.

Tratz, 85 por ciento; muerte después del parto, inmediatamente ó pocos días después.

Para los niños, sobre 9 hubo 3 macerados y 4 normales; sin embargo, ninguno sobrevivió más de unos cuantos días. (Winckel.)

Gomier perdió sólo 25 por ciento; en la mujer debe haber sido muy limitado el mal. En el sobreparto se apresura la marcha del cáncer (obs. Winckel).

Antisepcia severa é incisiones: si es necesario, extirpar con la cucharilla ó asa gálvano-cáustica el tumor que impide el paso; y se podrá intentar la extirpación radical después del desembarazamiento. Un caso feliz de Felsenreich. Si el feto está muerto, redúzcase de volumen y extráigase lentamente. Como la vida del niño es muy precaria y la histerotomía abdominal mucho más grave que de ordinario (dos casos de Zweifel), prefiere perforar el niño vivo, y así lo ha hecho dos veces. No acepta el dicho de Stratz, según lo cual "el principio general que gobierna la conducta de todos los cirujanos es operar tan pronto como es posible el cáncer que admite la operación, y cuando éste ya no es justificado, atender de preferencia á la vida del niño."

Stratz ha producido tres veces el aborto ejecutando la amputación supra-vaginal.

Winckel prefiere el aborto provocado ó parto prematuro, rompiendo las membranas y haciendo después la cura radi-

cal, si aún el cáncer no pasa del útero. Si es posible extirpar el tumor por la vagina, hacerlo, pero hay que recordar que la interrupción del embarazo es casi segura.

Si la indicación absoluta de la operación Cesárea se presenta, ejecutarla sin retardo y preferir, con Felsenreich, la de Porro.

Opiniones de Bar á propósito del tratamiento. — No es legítimo provocar el aborto ó parto prematuro con la mira de luchar contra la extensión muy rápida del tumor, porque el beneficio que se puede alcanzar es muy dudoso y se suprime ó compromete inútilmente la vida del niño.

El aborto ó parto provocados no deben aconsejarse, con la esperanza de evitar las dificultades que se producirían á término, porque no precaven de los accidentes y se sacrifica al feto sin provecho para la madre.

Tampoco se puede aprobar el parto prematuro, como dando más probabilidades de vida á la madre durante el trabajo, porque la operación es mucho más difícil que cuando los órganos están sanos, y estas dificultades aumentan su gravedad.

Determinar el aborto para practicar en seguida la amputación del cuello, no parece una conducta justificada en el estado actual de la ciencia; porque en el cáncer extendido á la vagina ó en el del canal cervical, aunque esté limitado, la operación es paliativa y el feto se sacrifica. Lo mismo se puede considerar en el caso más favorable de cáncer bien circunscrito de la porción vaginal del cuello, porque la reincidencia es más probable por el hecho de que en el estado puerperal los elementos morbosos tienen un máximo de actividad.

El parto prematuro no es aceptable para intentar después la amputación del cuello, porque habitualmente ya no está el cáncer limitado.

Es dudoso que sea buena la práctica recomendada por Braun, de recurrir al aborto para hacer después la extirpación total del útero por la vagina, porque el estado puerpe-

ral aumenta el peligro de las dificultades de la operación, y como la evolución del cáncer es más rápida durante el embarazo, mayor es la probabilidad de la reincidencia que en el estado de vacuidad.

No parece justificado provocar el aborto ó parto prematuro cuando la muerte de la enferma es inminente á causa de las hemorragias ó progresos del cáncer, porque en el aborto se sacrifica la vida del feto y se aceleraría la muerte de la madre, y en el parto prematuro se expondría la vida del niño, salvo en aquellos casos excepcionales en que la consistencia de los tejidos degenerados permitiera fácilmente su salida. La operación Cesárea será preferible.

Durante el embarazo.—La amputación del cuello determina su interrupción en un tercio de los casos.

Se puede considerar como de poca gravedad para la vida de la madre, siempre que se ejecute con todas las reglas de la antisepcia, pero hay que tener presente dos cosas: puede ser complicada de hemorragia seria y ser incompleta; es decir, no quitar todo el tejido degenerado.

No se ha mencionado una curación radical en las enfermas que se han tenido en observación.

Cuando el embarazo continúa, las enfermas experimentan un alivio notable. Las cicatrices que ocultan pueden ser causa de distocia.

Cuando ha sido practicada en estas circunstancias de preñez, ha sido paliativa. En un tercio de los casos en que el embarazo ha terminado después de haber llegado el feto á la viabilidad, el niño ha nacido muerto.

Si el cáncer está bien limitado en el hocico de tenca, se puede proponer y discutir la intervención cuando el niño es viable; pero antes, se sacrificará muy probablemente su vida, y el beneficio que experimente la madre no puede compensar el aborto.

La extirpación del útero grávido por la vía abdominal, ope-

ración de Freund, en una época en que el feto es viable, es una operación inútil y peligrosa.

La extirpación del órgano por la vía vaginal, antes de que haya adquirido un volumen que impida su extracción, no es aceptable por las mismas razones dadas á propósito de la misma operación, después de provocado el aborto.

Durante el embarazo se aplicará tan sólo el tratamiento sintomático contra los dolores, el flujo blanco y las hemorragias, sosteniendo además las fuerzas de la enferma.

La raspa es útil, así como el cauterio actual, para combatir las hemorragias y la leucorrea, reprimiendo las fungosidades.

Se deberán usar todos los medios que permitan luchar contra los progresos de la caquexia.

Si el agotamiento de la enferma es tal que su muerte parezca cierta é inminente, y el niño está vivo y viable, se hará la operación Cesárea.

Se ejecutará la misma operación post-mortem, por poca probabilidad que se tenga de extraer un niño vivo y viable.

Sobre la operación Cesárea y de Porro. — Antes del trabajo no es aceptable la operación Cesárea, aun cuando el cáncer esté muy extendido, porque suele ser vencido el obstáculo y terminar el parto sin peligro para el niño, y la operación es excesivamente grave para la madre.

Habrá que ejecutarla durante el trabajo ya declarado, por poco que éste se prolongue y antes de que el niño peligre, cuando el cáncer sea muy extenso y se declare á la paciente con probabilidades de vida muy corta y angustiada.

La operación de Porro sólo deberá hacerse en caso de rotura del útero, y cuando los labios de la herida no puedan quedar bien coaptados.

La mujer atacada de cáncer extenso del útero, estando abocada á una muerte cierta, la idea general que domina todo el tratamiento es la de asegurar la vida del producto. En consecuencia, esto se deberá tener presente en la elección de los

medios que se deberán usar, para obtener el desembarazamiento espontáneo ó artificial.

La expectación está justificada mientras hay esperanza de que el parto pueda terminar sin grave peligro para el niño.

Los accidentes se combatirán:

Las hemorragias, por medio de inyecciones calientes antisépticas, la raspa ó el cauterio actual. El percloruro de fierro no es conveniente porque á menudo es ineficaz y los coágulos entran en putrefacción. El taponamiento es peligroso por la compresión que produce, y puede favorecer la gangrena. Hay que usarlo con reserva, solamente cuando no se pueden alcanzar los puntos que dan sangre.

Las desgarraduras del cuello no reclaman intervención especial, si no es cuando determinando hemorragias violentas que no se pueden contener, indican la pronta terminación del parto.

Medios de acelerar el parto.—Es preferible usar de aquellos que obren directamente sobre el cuello favoreciendo eficazmente su dilatación, á reforzar las contracciones uterinas por el cuernecillo. Las duchas de Kiwisch son ineficaces si todo el cuello está degenerado y endurecido; son útiles si queda alguna parte sana dilatable.

Traer al cuello una parte fetal que penetre más fácilmente y permita hacer tracciones se ha hecho algunas veces; pero la lentitud de la extracción puede ser muy peligrosa para el niño.

La dilatación manual del cuello puede ser útil cuando ya existe cierto grado de dilatación y la resistencia no es muy considerable.

La laminaria ó la esponja preparada son ineficaces.

Los dilatadores de Barnes, difíciles de aplicar cuando la parte fetal está fuertemente aplicada, pueden ser útiles cuando sólo una pequeña parte está degenerada.

Las incisiones sobre el cuello son peligrosas por la hemorragia, é ineficaces si se practican en tejidos gruesos y duros.

Se pueden hacer, múltiples, para completar una dilatación aún insuficiente pero avanzada, en tejidos poco gruesos. Están contraindicadas en la dilatación incipiente ó nula.

La extracción por el fórceps, con dilatación avanzada del cuello es favorable para la madre. Si es poca la dilatación, hay peligro de graves desgarraduras.

La versión y extracción manual son difíciles y peligrosas para la madre y el producto. El fórceps es preferible.

La embriotomía no deberá usarse sino en feto muerto: puede prestar en estas circunstancias grandes servicios.

La extirpación del tumor puede hacerse con ventaja en dos circunstancias:

1º Cuando por su volumen se opone á la salida del producto y tiene base poco ancha.

2º Cuando sea rechazado por la cabeza hasta la vulva.

Se usará la asa gálvano-cáustica ó el bisturí. El arrancamiento por medio de la mano, en casos especiales en que sea frágil.

Durante el curso del trabajo se debe hacer una antisepcia rigurosa; y con mucho más esmero si el feto ha muerto y las membranas están rotas.

Se combatirán las hemorragias después del parto por los medios ordinarios y los antes indicados: la compresión y el cauterio actual.

Se quitarán los colgajos que hayan sido arrancados durante la expulsión, para limitar en lo posible los funestos efectos de la gangrena de los tejidos cancerosos.

Sobre el aborto y parto prematuro. Observaciones 63 á la 70.
Sobre amputación del cuello. Obs. 71 á 86.
Operación de Freund. Obs. 87 y 88.
Dilatación del cuello. Globos de Barnes. Obs. 95, 96, 97 y 84.
Incisiones. Obs. 98 á 116.
Extracción forzada, fórceps. Obs. 117 á 123.
Versión. Obs. 124 á 127.
Extracción manual. Obs. 128.
Embriotomía. Obs. 129 á 132.
Escisión del tumor. Obs. 123 á 141.

Operación Cesárea. Obs. 142 á 163.
Operación de Porro. Obs. 164.
Operación de Freund á término. Obs. 165.
Fórceps con dilatación completa del cuello. Obs. 168 y 169.
Fórceps con dilatación incompleta. Obs. 157.

Para Fritsch (Operat. obstetr., 1892) lo importante es saber si todo el cuello está degenerado, y si está duro ó blando; porque en el primer caso el parto podrá verificarse de una manera espontánea, y en el segundo, las contracciones son á menudo ineficaces para producir la dilatación.

Es también importante saber: que los fetos son pequeños y á menudo están muertos, y que el parto se puede retardar mucho tiempo. En un caso que cita, el feto permaneció nueve meses después del término ordinario. Los peligros principales son: la septicemia, la peritonitis, las desgarraduras que pueden conducir á lesiones mortales.

El tratamiento se establece según cada caso individual.

Si el feto está muerto, reducirlo por la perforación y el cranioclasto, aun en el parto prematuro. El fórceps es más desfavorable. Hacer la extracción con mucha prudencia, irrigando frecuentemente el campo operatorio.

Si el cáncer está pediculado (pólipo cancroide) ó si sólo párte de un lugar bien determinado del cuello, extirparlo lo más pronto posible aun durante el embarazo: si el aborto sobreviene, no presenta nada de desfavorable. Cuando el niño está vivo y el cáncer muy desarrollado y duro, al grado de que se juzgue no pueda ser extraído vivo, la operación Cesárea está indicada.

Durante el parto se deberá hacer la extirpación de las excrescencias ó algunos tumores que opongan obstáculo, porque se gangrenan muy fácilmente y exponen á la septicemia.

Antes se practicaba el aborto cuando oportunamente se advertía el cáncer. Hoy se hace la extirpación total del útero hasta el tercer mes. Es ciertamente ventajoso extirpar el

útero grávido lo más pronto posible. La experiencia demostrará si es factible, por la vagina, después del tercer mes. Pasado este término, si el cáncer es duro y no hay esperanza de extraer un niño vivo, no queda más que hacer inmediatamete la operación de Freund, ejecutada con éxito al sexto mes por Spencer Wells, ó abandonar la mujer á su suerte y practicar al fin del embarazo la operación Cesárea.

En un cáncer incipiente en que se pueda esperar la curación, se provocará el aborto para hacer la extirpación total á los quince días; pero si el tumor pasa del cuello y la curación radical es imposible, la operación Cesárea á término.

El aborto artificial como único recurso terapéutico no es excusable.

Durante el embarazo no es de practicarse la raspa de un carcinoma blando, porque generalmente no es un impedimento al parto: es mejor quitar las masas blandas durante el trabajo. Así lo ha hecho Fritsch algunas veces y prefiere no emprender varias intervenciones sino una á término, porque la raspa no procura curación radical.

Si existen masas duras, ó los núcleos cancerosos invaden el parametrio, la hemorragia es considerable. En el parametrio no están bien limitados y no se pueden quitar como en la axila.

Finalmente, la opinión de Fritsch es la siguiente: durante el embarazo y en los primeros meses, hacer la extirpación total del útero; y en los meses ulteriores, provocar el aborto y la extirpación á los 15 días. Si el cáncer es muy extenso, esperar y hacer la operación Cesárea.

Por lo que toca á la operación de Bischoff, se ha practicado cinco veces por Bischoff (1879), Fochier (1887), Schroeder (1889), Grapow (1889). Todos estos casos fueron á término del embarazo y no hubo un solo éxito. Dos veces se ha ejecutado á los seis meses del embarazo, una por Spencer

Wells (1881). Otra en el mismo período por Zweifel (1889). Los dos tuvieron éxito, pero se perdieron de vista las enfermas y el resultado final se ignora.

¿Qué debemos pensar de lo anteriormente expuesto, y á qué principios científicos nos atendremos; á qué reglas prácticas sujetarnos después de un maduro examen de la cuestión?

Dividiremos el punto en dos partes: la ginecológica y la tocológica.

Las opiniones del Dr. Bar, mucho más completas, pues abarcan todo el tema, son quizá demasiado pesimistas y un poco antiguas (1886. No he podido procurarme un trabajo más completo y posterior á esa fecha). En cambio, me parecen, en lo general, muy bien fundadas; pues se desprenden racionalmente de la atenta lectura que he hecho de las observaciones textuales é íntegras cuyo resumen acompaño. Es posible, aunque poco probable, que en los últimos ocho años transcurridos se haya perfeccionado la técnica operatoria especial para estos casos, y los resultados obtenidos no hayan sido tan deplorables en estas grandes intervenciones, como hasta 1886. Sin embargo, á mi juicio, estas opiniones son las más dignas de tomarse en consideración, hasta que ulteriores adelantos de la ciencia, bien comprobados, permitan obtener mayores ventajas.

Cuando sabemos que Martin ha llegado á proclamar la necesidad de la extirpación total del útero en estado de vacuidad, aun para los cánceres limitados y que tienen menos tendencia á una invasión rápida, á causa de la frecuente reincidencia en las extirpaciones parciales, ¿qué confianza podríamos tener en ellas como curación radical durante el embarazo ó el puerperio?

La mujer está irremisiblemente perdida en la inmensa mayoría de casos, y tarde ó temprano sucumbirá. A nada con-

duce el sacrificar una vida más, ora directa ó indirectamente, por más precario que sea su porvenir, acelerando de paso el fin desastroso de la enferma.

Siguiendo las tradiciones feticidas que han hecho tomar en cuenta la vida de la madre de preferencia, Winckel Braun y Fritsch con otros autores, aunque muy pocos, sacrifican el producto con la mira muy loable, pero vana, de intentar la cura radical de la enferma, como se desprende de las observaciones de Lee Rozer y Kermann.

Todo se ha hecho, todo se ha intentado en beneficio de la gestante, pero desgraciadamente ha sido infructuoso hasta 1886 por lo menos. Pero quizá lo que hoy parece imposible, no lo sea más tarde (ó no lo es en la actualidad, pero yo lo ignoro), y entretanto confesemos nuestra impotencia para realizar el ideal que debemos perseguir: la salvación de las dos vidas que á nuestro cuidado se encomiendan. Pero á esta tendencia debe preceder la relativamente más fácil en el terreno de la práctica: *la curación del cáncer en estado de vacuidad*, conservando el órgano enfermo, lo cual hasta hoy parece dificilísimo ó imposible. Esto es, en compendio, lo que puedo decir del tratamiento ginecológico, que expreso, sin embargo, con reserva, por no ser de mi competencia en la parte práctica; pero que estando estrechamente ligado con el arte tocológico, no podía omitir.

Veamos ahora el tratamiento que especialmente correspon de al partero.

Estoy de acuerdo con las opiniones del Dr. Bar, y únicamente agregaré algunas ampliaciones.

Para favorecer la dilatación del cuello en los casos frecuentes en que estén indicadas las incisiones, deberá tenerse en cuenta, si es posible asegurarse de la posición de la cabeza, el lugar en donde esté el occipucio, y la manera como debe salir; porque siendo la parte más voluminosa de la cabeza, podrá indicar lugar preferente para la incisión.

La versión podálica, que efectivamente es más peligrosa

para el feto, puede ser preferible al fórceps, cuando la cabeza es pequeña y se juzgue que pueda pasar sin gran dificultad, como en mi observación ocurrió; pero esto necesita una exploración manual intra-uterina para asegurarse de la amplitud del canal, y sobre todo del segmento inferior del útero, es decir, del canal de Braune; porque se deberá en lo posible evitar las desgarraduras ó la ampliación de las existentes; y el fórceps indudablemente las produciría con más facilidad en las circunstancias dichas.

En los casos de presentación de la extremidad pelviana, hacer la inversión cefálica en las condiciones en que está indicada, es decir, antes del trabajo y cuando se pueda ejecutar sin peligro para el niño y la madre.

Impartir á la enferma todos los cuidados que puedan aliviar su situación desesperada y *aun cuando el parto termine naturalmente*, por sólo los esfuerzos de la paciente, calmar sus dolores por medio del cloroformo, por ser de humanidad procurar el alivio á sufrimientos tan crueles, escogiendo el momento más oportuno y dándolo con todas las reglas prescritas desde Campbell. Las intervenciones deben ser justificadas por una indicación precisa, y realizarse oportunamente por los medios menos peligrosos para el niño, y *en cuamto sea posible* para la madre.

Hay qne esperar mucho de los esfuerzos naturales, como dice Hodges, pues varios niños han nacido vivos atravesando cuellos tan duros que parecían infranqueables.

CONCLUSION.

Las indicaciones que á mi juicio están justificadas en el estado actual de la ciencia, son las siguientes:

1º Extirpar el neoplasma en cualquier período del embarazo, siempre que se trate de un epitelioma francamente cánceroso, ó un papiloma que pueda inspirar sospecha, cuando esté limitado *extrictamente* á la parte vaginal del cuello.

2º Intervención del mismo modo durante el trabajo ó poco antes, si el volumen del tumor puede causar un impedimento á la salida del producto, y se juzga la extirpeción fácil aunque incompleta.

3º Transformar en cefálica otra posición viciosa, siempre que se puede hacer sin peligro, para el feto sobre todo.

4º El tratamiento durante el embarazo será paliativo y sintomático.

Durante el parto.

5º La espectación mientras no se presenta peligro para la vida del niño y hay esperanzas de que basten las fuerzas naturales.

6º Si se alarga demasiado, acelerar la dilatación por los medios recomendados por el Dr. Bar. Entre ellos, las incisiones *sólo para completar una dilatación avanzada*, y con las

precauciones indicadas en cuanto al lugar que se debe preferir.

7º Para la extracción, preferir por regla general el fórceps y no emplear la versión podálica sino en casos excepcionales.

8º Recurrir á la operación Cesárea ó de Porro, si es urgente el desembarazamiento, prefiriendo la segunda si hay rotura del útero ó el feto está muerto.

En caso de feto muerto.

9º Si no están rotas las membranas, esperar.

10º Si están rotas, hacer la perforación y extraer con el cranioclasto y basiotribo.

11º Emplear en todo caso una antisepcia rigurosa.

En circunstancias desesperadas salvemos el producto y aliviemos los sufrimientos de la madre, poniendo á su disposición todos los recursos del arte; que ante las empresas imposibles el médico debe cumplir su noble misión, siguiendo la máxima Salerniana: "Curar, cuando se puede; cuando no, aliviar; consolar siempre."

He concluído, señores, y sólo me resta expresar el deseo de que este trabajo pueda ser de alguna utilidad á mis colegas, cuando se encuentren obligados á asistir, como yo lo estuve, uno de estos casos raros de la práctica obstetricial, que imponen al partero una situación muy angustiosa, comprometida y difícil de resolver.

México, Marzo de 1895.

DR. A. J. CARBAJAL.

APÉNDICE.

OBSERVACIONES NACIONALES.

A. J. Carbajal. Carcinoma del cuello uterino. Multípara. Embarazo á término. Versión. Madre é hijo salvaron.

A fines de 1874, residiendo en la ciudad de Córdoba, Veracruz, fuí solicitado un día á las seis de la tarde, por el Sr. Dr. C. Casas, para ver en consulta á la Sra. N. B. que se hallaba en trabajo de parto desde las 7 de la mañana. Nos acompañaba el Sr. Dr. C. Peña, que había llegado horas antes. La situación era bastante seria, pues la enferma sufría dolores muy acerbos y tenía hemorragia: pedía con insistencia que se le proporcionara algún alivio. Los citados compañeros supieron que yo había visto á esta señora antes del embarazo, á causa de una enfermedad uterina, y deseaban ser informados de los antecedentes; así como para prestarles mi ayuda en un caso que juzgaban, con razón, muy delicado. Efectivamente, á principios de ese año había yo reconocido á la Sra. B. y encontrado lo siguiente:

La enferma, de 40 años de edad poco más ó menos, tenía un cáncer extenso en el cuello del útero: los dos labios presentaban una grande ulceración, anfractuosa, de fondo duro, fungosa y sangrante al menor contacto; había adherencias

vaginales y los fondos de saco habían desaparecido; la abertura del cuello dejaba pasar fácilmente el dedo; el cuerpo de la matriz un poco aumentado de volumen; había leucorrea saniosa y fétida, dolores abdominales en la región sacra y parte superior de los muslos. La señora decía que las menstruaciones se prolongaban mucho y en el intervalo quedaba el flujo blanco, más ó menos rosado y de mal olor; que los dolores eran casi constantes é insoportables. Su estado general era malo, de acuerdo con lo avanzado del padecimiento local.

En estas circunstancias, emprendí un tratamiento paliativo y después de 15 días se suspendió la hemorragia. No volví á ver á la enferma, y grande fué mi sorpresa cuando á los cuatro meses supe, por otro compañero que fué solicitado, que la señora estaba embarazada y que se sentía muy bien; que ya no existían los dolores y las hemorragias, que el apetito se había recuperado y el estado de debilidad y postración moral en que estaba antes habían desaparecido.

Como tenía certidumbre de la naturaleza del mal, desde luego me supuse que esa mejoría era transitoria, y que tarde ó temprano esa desgraciada señora sufriría las consecuencias terribles de una complicación tan grave como inesperada, pues yo mismo en todo pensé menos en la posibilidad de un embarazo.

Comunicados estos antecedentes á mis distinguidos compañeros, supe por el Dr. Casas que la señora estaba en trabajo hacía más de doce horas; que la presentación del producto era de vértice, pero que la dilatación del cuello, además de provocar muy fuertes dolores, se había detenido hacía algunas horas é impedía la salida de la cabeza; que la pérdida de sangre era moderada pero constante y que la bolsa se había roto, desde cuyo momento los dolores eran más intolerables y sin provecho para el avance del trabajo. Reconocí á la enferma y encontré el cuello adelgazado, pero resistente; su dilatación sería de 6 centímetros de diámetro; su contorno rí-

gido, más allá del borde libre; sensibilidad extrema. La cabeza comenzando á encajarse en primera posición de vértice: la enferma muy fatigada y sin esperanza de ver el término de sus padecimientos.

Como de un momento al otro podía sobrevenir una desgarradura, que probablemente aumentaría la hemorragia á un grado difícil de prever: como eran todavía frecuentes y fuertes las contracciones, lo que nos pondría á salvo de una inercia consecutiva al desembarazamiento, que podría ser fatal: como la vida del engendro comenzaba á estar en peligro y era la única que debíamos salvar, puesto que la madre estaba irremisiblemente condenada, propuse á mis colegas este plan: el Dr. Casas haría 4 incisiones, como de medio á un centímetro en las partes laterales superiores é inferiores del cuello, dando el cloroformo el Dr. Peña. Inmediatamente yo introduciría la mano para juzgar del grado de dilatación obtenida, y si me parecía posible prácticar la versión podálica, la ejecutaría en seguida. Si esto no era hacedero sin peligro, no quedaba más recurso, si se pretendía salvar al niño, que hacer la operación Cesárea incontinenti. El fórceps temía que aumentara las desgarraduras. En hacer todos los preparativos se invirtió algún tiempo; la Señora hizo todas sus disposiciones y procedimos según lo acordado.

Colocada convenientemente la paciente y cloroformada por el Dr. Peña, el Sr. Casas hizo las incisiones al cuello; y debo decirlo en su elogio, con bastante habilidad: no hubo hemorragia notable. Introduje después mi mano izquierda, que era muy delgada, y muy poco á poco atravesé el cuello, levantando la cabeza que ayudé á desalojar para hacer la evolución, sosteniéndola por el vientre con la mano derecha. Entonces cerré la mano introducida en la matriz para pretender sacarla y juzgar de la dilatabilidad del cuello, que aún comprimía mi puño. Notando que el cuello cedía, y habiendo observado que la cabeza era pequeña, me aventuré á la versión, pues al menos todo el segmento inferior de la matriz estaba bien di-

latado: cogí los pies y emprendí la evolución; el relajamiento de la matriz obtenido por la anestesia me permitió ejecutar sin gran dificultad la inversión primero, y después la extracción manual. No se produjo hemorragia, ni desgarradura: y la placenta fué extraída con facilidad. El útero se retrajo muy bien y todo terminó con la mayor felicidad. El niño vino algo asfixiado, pero se reanimó rápidamente con los medios ordinarios; era pequeño, de tiempo; tenía un color caquéctico y su flacura era como la de un niño atrépsico.

No sobrevino accidente de ningún género. La enferma pasó muy bien la noche y se deshacía en muestras de gratitud hacia su médico de cabecera, que creía la había desembarazado con tanta felicidad. La circunstancia de haber yo aceptado el papel de operador, fué debida á gozar de una ventaja natural y que no implicaba mérito alguno: mi mano era la más pequeña y delgada: lo que pude hacer sin perjuicio para la enferma, hubiera sido sumamente difícil y riesgoso para alguno de mis dos compañeros. Sin embargo, todavía recuerdo con terror el grave compromiso en que nos encontramos: pues si el intento hubiera fracasado todo estaba listo y la resolución era unánime para ejecutar la operación Cesárea, operación siempre temible, pero más en aquella época en que la antisepcia aún no era aplicada y la técnica muy imperfecta. La misma operación de Porro era desconocida; y en consecuencia, si hubiéramos llegado á ese extremo, por salvar la vida del niño, que era nuestro principal objetivo, habríamos precipitado indefectiblemente la muerte de la enferma.

El puerperio fué tan favorable, como pudiera desearse, y la señora vino á morir á los 8 meses, á consecuencia de los progresos de su antiguo mal. El niño, que volví á ver á los 9 meses, pòr accidentes de la dentición, llevaba una vida muy difícil, á causa de la alimentación y no prometía un restablecimiento tal que pudiera augurar larga existencia. No lo volví á ver.

Tal fué el primer caso de cáncer uterino complicando el

embarazo y el parto, de que tuve noticia detallada, hubiese ocurrido entre nosotros, hasta el año de 1874, y en el que tuve necesidad de intervenir por el deber profesional.

Sr. J. Muñoz, relator. Mujer multípara embarazo á 7º mes. Hemorragias. Septicemia. Cáncer del cuerpo y cuello uterino progado á la vejiga y al recto. Operación Cesárea. Muerte del niño que nació vivo y de la enferma al día siguiente. Operador, Dr. J. Capetillo.

Mujer de 28 años, temperamento linfático–nervioso; ha tenido cinco partos anteriores: entró á la maternidad el 14 de Abril de 1891.

Está profundamente anémica. Parte inferior del vientre dura; escurrimiento vaginal de olor canceroso. Ultima menstruación el 15 de Septiembre. Ha tenido hemorragias, una á los dos meses del embarazo y otra que continúa. Del reconocimiento vagino–rectal resultó: que la mujer tiene un cáncer, probablemente encefaloide, del cuello del útero, propagado al segmento inferior, que está embarazada de 7 meses. No se juzgó prudente intervenir de otro modo sino por un tratamiento paliativo por medio de inyecciones frecuentes de permanganato al $^1/_{000}$; aplicar gasa yodoformada al canal y sostener las fuerzas de la enferma, como método general. El 16 y 17 sobrevino calosfrío y calentura de 40°, fetidez mayor del flujo, agitación, pulso pequeño y frecuente; probablemente se rompió la bolsa de las aguas.

Se determinó intervenir para salvar la vida del producto.

La vagina estaba muy estrecha y no se podía encontrar el cuello uterino. Se cloroformó la enferma y se hicieron desbridaciones; se pudo introducir parte de la mano y reconocer el cuello que estaba dilatado á 5 ó 6 centímetros. Los latidos del corazón fetal se habían debilitado y hecho más frecuentes. No era posible un desembarazamiento rápido, sin produ-

cir grandes lesiones en el cuello y pared vaginal. Se tuvo una consulta con varios facultativos y se resolvió por unanimidad ejecutar la operación Cesárea; para lo cual se hicieron desde luego todos los preparativos y se dispuso á la enferma: la temperatura de ésta era 36°6, el pulso latía 130 veces.

Después del aseo antiséptico del vientre, el operador, Sr. Cepetillo, hizo una incisión en la línea media del vientre, de 0.23, cuyos límites fueron: 6 centímetros arriba del ombligo y 3 arriba del pubis: puesto á descubierto el útero se reconoció el sitio de la placenta, que estaba á la derecha en la parte posterior y superior del fondo uterino. Se hizo la sección de este órgano y la extracción del feto, sin que hubiera notable hemorragia. La placenta fué extraída con facilidad y se aplicaron inmediatamente dos inyecciones de solución de Ivon y una de estricnina. El niño que estaba en estado de muerte aparente fué reanimado.

Se hizo el aseo de la herida y sutura de las paredes uterinas, poniéndose diez puntos con seda fenicada (no se dice qué género de sutura), se suturó el peritoneo parietal, y por último la pared del vientre: ésta con puntos profundos y superficiales. Se pulverizó yodoformo y aplicaron capas de algodón salicilado sujetas con un vendaje.

No se dice la duración total de la operación sino tan sólo, que desde el principio de ella hasta la extracción del niño fué de las 11 y 40 minutos hasta las 2 p. m.

La paciente y el niño fallecieron el día 20; es decir, á las 24 horas de hecha la operación. Autopsia practicada á las 16 horas. El apósito está sucio en sus capas profundas, por un pus verdoso, que escurre de la parte inferior de la herida.

Vientre: músculos rectos infiltrados y de color violado: la parte profunda de la herida desunida: sus bordes peritoneales desgarrados: peritonitis supurada, natas purulentas y bridas fibrinosas. La cara anterior del útero presenta la herida desunida y sus labios amoratados: derrame purulento en la pequeña pelvis: el bajo fondo de la vejiga y el esfinter invadi-

dos por el cáncer, á punto de romperse á la izquierda del trígono: pared vaginal reducida á putrílago canceroso: pared posterior esclerosada. El útero, reblandecido en su fondo, está duro y esclerosado en su mitad inferior, que tiene el aspecto de jamón magro; presenta signos de putrefacción pero no contiene coágulos sanguíneos, ni restos placentarios. El fondo de la vagina, el cuello del útero y el recto forman una cloaca cancerosa. El hígado presenta la degeneración amiloidea, tiene un color de cera amarilla. Los riñones reblandecidos, pálidos y con aquimosis: las pelvisillas presentan el color verdoso de la putrefacción y están dilatadas. Bazo reblandecido y en putrefacción. No hay infarto glandular en el vientre.

Tórax. Pulmón derecho esplenizado en su vértice y borde posterior. Corazón pálido, grasoso; pared ventricular izquierda 0.02 centímetros de espesor. Adherencias pleurales antiguas.

Conclusiones.

1ª Septicemia anterior á la operación, producida por la absorción de productos descompuestos cancerosos de la vagina; fundamentos: degeneración amiloidea del hígado, riñones y bazo.

2º Lesiones torácicas congestivas é inflamatorias consistentes en: pleuresía adhesiva muy anterior á la operación: esplenización parcial del pulmón derecho.

3º Lesiones consecutivas á la operación, de naturaleza infecciosa producidas por el paso de gérmenes de la cloaca vaginal, á través del ángulo inferior, entreabierto de la herida uterina, consistentes: en peritonitis supurada, reblandecimiento séptico, purulento del músculo uterino.

Notas: No se encontró ningún absceso metastático.

No se examinó el cerebro.

Extractada (excepto las conclusiones que son literales) de la "Revista Médica," tom. V, núm. 3. México, Mayo 15 de 1892.

Dr. J. Duque Estrada. Multípara. Embarazo á término. Incisiones, fórceps. Salvó. Niño muerto. Muerte á los 10 meses.

I

En Febrero de 1882, fuí llamado por el Sr. Dr. Nandín, para ver en consulta á una enferma como de 40 años de edad, de no mala constitución en apariencia, multípara y que llevaba tres noches y dos días en trabajo de parto. Hecho el examen encontré un feto muerto, á término en OIIA, bolsa amniótica rota y cuello borrado pero apenas dilatado (5 ó 6 centimetros); dolores débiles esparcidos y en estado de angustia y agitación increibles.

Decidimos hacer varias incisiones en contorno del cuello, que era francamente canceroso y esperar unas cuantas horas. Esto pasaba á las 11 de la mañana; como á las 5 de la tarde el cuello bien dilatado y la cabeza bien encajada, pero aún no habiendo efectuado su movimiento de rotación, decidimos, teniendo en cuenta el estado de la madre y la poca energía de las contracciones, hacer una aplicación de fórceps. Esta mujer nos llamó mucho la atención, porque durante todo el acto operatorio (sin cloroformo), no dió señales de dolor; parecía que se operaba en un cadáver. Hemorragia después del parto. Extracción manual de la placenta. Puerperio normal.

Esta mujer murió en Diciembre de ese mismo año, víctima de la caquexia cancerosa.

Los dos primeros partos de esta mujer fueron normales, según su dicho. El tercero nació la criatura muerta (no recuerda si fué laborioso), y el cuarto es el que acabo de referir.

Dr. J. Duque Estrada. Multípara. Parto natural á término. Incisiones. Salvaron ambos. Muerte de la madre varios meses después.

II

Orizaba, 1886. Mujer multípara, de 23 años, 48 horas en trabajo y la partera viendo que no adelantaba, mandó buscarme; encuentro dilatación apenas comenzando en un cuello, duro, abollado y grueso. No habiéndose roto la fuente y el y el feto no dando muestras de sufrimiento, me pareció conveniente esperar.

Esta enferma fué después visitada por el Dr. Mendizábal. A la madrugada se rompió la bolsa y al día siguiente, á las 8 de la mañana, hice varias incisiones superficiales en contorno del cuello. Una de ellas sangrando abundantemente, me obligó á taponar. A medio día supe que había nacido un niño vivo, á quien después ví con las apariencias de la mejor salud.

Esta mujer murió no sé cuantos meses después, en manos del Sr. Kremzer, de Orizaba, á consecuencia de su cáncer uterino.

Dr. J. D. Estrada. Multípara. Parto á término espontáneo. Niño muerto antes. Muerte de la madre al año y medio.

III

México, 1ª de Mina núm. 5. Multípara, de 24 años de edad, de inmejorable salud en la apariencia. Sus tres primeros partos, normales; pero durante el cuarto embarazo, nota punzadas y flujo fétido. Dice haber tenido un embarazo muy penoso, y el parto, aunque espontáneo, fué largo y hemorrágico. Feto muerto.

Cuatro meses después fuí solicitado por ella para atenderla de la cintura y encontré un cáncer del cuello que me obligó á hacerle la raspa del cuello. Hubo mejoría en los 6 ú 8 meses que siguieron á la intervención; pero después sobrevino la caquexia y murió un año después, según noticias adquiridas.

Nota.—Las observaciones núms. 2, 3, 4 y 9 están nada más extractadas en el Cuadro. Tuve noticia de otras seis, pero no me han sido remitidas oportunamente. Total: de la averiguación que hice resulta, que se han observado en México quince casos de cáncer complicando el embarazo y el parto.

RESUMEN DE OBSERVACIONES NACIONALES.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL Embarazo.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
1	Carbajal A. J., Córdoba, Veracruz.	1874	40 años	Multípara	A término	Nulos......................	Difícil por falta de completa dilatación. Incisiones....................................	Versión podálica.....	....	Salvó.........................	Salvó..	Cáncer del cuello ...	Durante el trabajo hubo hemorragia. La señora murió á los 8 meses. El niño vivía á los nueve meses pero presentaba un aspecto raquítico, es probable que no haya tenido larga vida.
2	Dr. Mendizábal G., Orizaba, Veracruz....................................	1883	27 años	5	A término	Nulos......................	Lento penoso......................	Expontáneo	....	Salvó.........................	Vivo	Epitelioma del cuello	Sobrevivió y tuvo á los cinco años otro parto.
3	Idem, ídem................................	1889	38 años	4	3 meses.	Hemorragias frecuentes	....	Aborto..................	....	Salvó.........................	....	Adeno-sarcoma del cuerpo..............	Murió á los 6 meses.
4	Idem, ídem................................	1889	37 años	7	2 meses.	Hemorragias y dolores..	....	Aborto..................	....	Salvó.........................	....	Sarcoma del cuerpo.	Murió á los 3 meses.
5	Dr. Duque Estrada, Cuernavaca, Morelos..................................	1882	40 años	3	A término	....	Muy largo y penoso por falta de dilatación completa..................................	Incisiones y forceps.	Ninguno...........	Salvó.........................	Muerto en el seno materno..	Cáncer del cuello....	El cuello se había dilatado á 5 á 6 cent. Rotura de la bolsa, presentación 0.1. Mucha agitación y angustia en el trabajo. Murió á los diez meses de Caquexia.
6	Dr. Duque Estrada J. Orizaba, Veracruz..	1886	23 años	Multípara	A término	....	Más de dos días por falta de dilatación.	Incisiones al cuello. Expontáneo........	....	Salvó.........................	Vivo	Cáncer del cuello....	Las incisiones fueron pequeñas y múltiples, una causó hemorragia. Taponamiento. Muerte de caquexia después de varios meses.
7	Dr. Duque Estrada J., México	1893	24 años	3	A término	Dolores y flujo fétido...	Largo. Hemorragia..........................	Expontáneo	....	Salvó.........................	Muerto	Cáncer del cuello....	A los 4 meses raspa del cuello. Durante 6 ú 8 meses alivio. Muerte después de un año de Caquexia.
8	Dr. I. Capetillo, operador principal. Relator, alumno Muñoz J., México	1891	28 años	5	7 meses.	Hemorragias al principio y fin.................	Laborioso por falta de dilatación completa. Desbridaciones vaginales. Septicemia	Operación celárea...	....	Muerte á las 24 horas...	Vivo pero murió á las 24 horas	Cáncer encefaloide de todo el útero...	Las suturas uterinas flojas y la herida entre abierta. Autopsia: además de las lesiones cancerosas que invadieron útero, vagina, vejiga y recto. Degeneración amigloidea del higado, bazo y riñones. Signos de la septicemia, anteoperatoria.
9	Dr. Hurtado, México.................	1894	32 años	Multípara	5º ó 6º mes	Hemorragias y caquexia........	No le hace bien la dilatación. Hemorragia. Feto muerto y en putrefacción	Operación celárea...	....	Muerte á las pocas horas	....	Cáncer del cuello....	Se intervino porque se juzgó menos peligroso que hacer profundas desbridaciones para hacer la extracción.

RESUMEN DE OBSERVACIONES EXTRANJERAS.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL Embarazo.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
1	Outrepont	1829	48 años	?	?	Ninguno	Lento.	Fórceps	Inercia del útero..	Muerte por hemorragia.	?	Sarcoma del cuerpo.	Menopausa desde 3 años antes.
2	Bernardy	1884	30 años	Primípara	$5\frac{1}{2}$ meses.	Peritonitis curada	Rápido	Espontáneo	Pleuresía	Muerte dos y medio meses después	?	Adeno-sarcoma del cuerpo	Se hizo el examen microcópico.
3	Lawson Tait	1884	?	?	5 meses.	Dolores lancinantes en el vientre seguidos de escurrimiento sanguíneo	Normal	Operación Porro	Ninguno	Curación.	?	Sarcoma del cuerpo.	En 1886 el cuello no presentaba huellas de tumor y la mujer estaba en buena salud.
4	Atthill Lombe	1881	38 años	Multípara	A término	Escurrimientos mucosos y después sanguíneos	Normal	Espontáneo	Ninguno	Curación.	Nació vivo: murió á las 48 horas	Mixoma del cuerpo..	
5	Neyronis.	?	42 años	Multípara	A término	Hemorragias frecuentes	Normal	No terminó		Muerte por hemorragia.	Muerto	Carcinoma	La cabeza del feto medía 22 pulgadas de circunferencia.
6	Montgomery	1863	33 años	Multípara	A término	Ninguno	Normal	Espontáneo	Sin consecuencias.	Curación	?	Carcinoma	El útero estaba afectado desde el 1er. parto
7	Lever	?	?	Multípara	A término	Dolores renales y excitabilidad de la vejiga	6 horas	Natural.	Ninguno	Continuó bien	Vivo	Carcinoma	Esta observación se refiere al tercer parto. Dos años después tuvo el cuarto con dificultad en la dilatación del cuello; duró el trabajo 24 horas y murió el niño. A los 11 meses, parto de $7\frac{1}{2}$ meses con $7\frac{1}{2}$ horas de trabajo: niño vivo. Seis meses más tarde muere la mujer por el cáncer.
8	Gonner	?	27 años	Multípara	A término	Ninguno.	Largo y penoso (3 días)	Fórceps	Sin consecuencias.	Curación.	Muerto	?	Durante el trabajo se extirpó el tumor bajo el cloroformo y se incindió el cuello. Quince días después del parto cauterización del neoplasma. A los 6 meses aborto de 3 meses. Un año después aborto de 4 meses. Estado de salud satisfactorio.
9	Horteloup.	1841	36 años	Multípara		Frecuentes y abundantes hemorragias				Muerte á los 8 meses del del embarazo por hemorragia	Muerto	?	Autopsia. Niño perfectamente desarrollado, que hubiera vivido si se provoca el parto prematuro.
10	Doléris	1885	33 años	Multípara	6 meses.	Dolores vivos en el hipogastro é incontinencia de orina con agudísimos dolores en la micción	Prolongado	Espontáneo	Ninguno	Curación.	Muerto	Cáncer del cuello	
11	Pfannkuch	?	42 años	Multípara	A término	Hemorragias muy frecuentes y dolores en toda la pelvis				Al llegar al término de de la preñez muere súbitamente	Muerto	Idem	
12	Hodge	1864	?	?	A término	No hubo	Normal	Espontáneo	Ninguno	Sin accidentes inmediatos	Vivo	Idem	La mujer amamantó 3 meses á su hijo; al 4º la enfermedad tomó un rápido desarrollo y la enferma murió.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
13	Bayle y Cayol	1811	37 años	?	A término	Abundantes hemorragias después del coito y escurrimientos fétidos	Normal	Espontáneo	Agravación del neoplasma	Sin accidentes inmediatos	Muerto	Cáncer del cuello	La enferma muere por el cáncer á los 5 meses.
14	Delbech	?	37 años	?	A término	Idem	Normal	Espontáneo	Idem	Idem	Muerto	Idem	A los 5 meses, muerte de la mujer por el cáncer.
15	Oldham	1850	42 años	Multípara.	A término	Dolores en los lomos y muslos; pérdidas sanguíneas después del coito	Rápido	Espontáneo	Agravación del estado general	Sin accidentes	En estado de putrefacción	Idem	
16	Forget	1841	40 años	?	A término	Ninguno	Normal	Espontáneo	Idem	Idem	?	Idem	Muere la mujer á los 3 meses.
17	Michel	?	40 años	Multípara.	A término	15 meses antes del parto comienza un escurrimiento icoroso	Rápido, con dolores muy intensos	Espontáneo	Después de la desplacentación, hemorragias graves	Idem	?	Idem	Tres semanas después, muere por la extensión del mal.
18	Arneth	1851	?	Multípara.	A término	...	15 horas	Espontáneo	Aumento de volumen y extensión del neoplasma	...	Vivo	Idem	
19	Hachmann	?	32 años	Multípara.	7 meses	A los dos meses de embarazo comenzaron dolores de vientre	16 horas	Espontáneo	Progresa el mal	Idem	Vivo	Idem	Muerte por el cáncer, 4 meses después.
20	Cazeaux	?	45 años	Multípara.	A término	...	Lento	Espontáneo	...	Sin accidentes	Vivo?	Idem	
21	Frankhauser	1874	49 años	Multípara.	A término	No hubo	Lento	Espontáneo	Ninguno	...	Vivo	Cáncer del cuello	Dejó el hospital á los 7 días. El cáncer hizo una rápida evolución después.
22	Lachapelle	1819	?	Multípara.	7½ meses	Dolores desde el 2º mes.	Laborioso	Fórceps	No hubo	...	Vivo	Escirro	El cuello se desgarró en varios puntos. Algunos meses después del parto, la enferma se quejaba de dolores en el cuello del útero, tal vez por extensión del mal.
23	Hugenberger	?	27 años	Multípara.	A término	...	Normal	Espontáneo	Hemorrogias después del parto	Muerte	Vivo	Cáncer del cuello	A la autopsia se halló desgarrado el cuello y el cuerpo de la matriz.
24	Merrimann	?	?	?	A término	Dolores intensos	Normal	Espontáneo	...	Muere á las 6 semanas.	Vivo	Cáncer del cuello	
25	J. W Kay	1870	32 años	Multípara.	7 meses	...	Dos días	Fórceps	...	Muere á los 14 días	Vivo?	Cáncer del cuello	El cuello se desgarró por su labio posterior, lo que permitió el paso del feto.
26	Davis	?	26 años	?	A término	Abundante escurrimiento	Difícil por el estorbo del tumor que sale en el momento del parto para volver á entrar en la vagina	Espontáneo	...	Muere á las 6 semanas.	?	?	Una excrescencia bastante voluminosa llenaba la cavidad pelviana oponiéndose á la salida de la orina y las materias fecales. La enferma sucumbe á las 6 semanas.
27	Laubreis	1828	30 años	Multípara.	A término	Intensas metrorragias	Numerosas y dolorosas contracciones con hemorragia. Dura 3 días	Espontáneo	Calosfrío violento seguido de convulsiones	A las 2 horas sucumbe.	En estado de muerte aparente; pero no se puede reanimarle	Cáncer del cuello	Autopsia. Peritonitis. El cáncer invadía hasta la pared postero-superior de la vagina. Fístula vesico-vaginal.
28	Mathieu	1872	29 años	Multípara.	A término	Desde la 6ª semana pérdidas de sangre	24 horas. Alucinaciones terroríficas	Manual	Hemorragia á las 24 horas	Delirio furioso y muerte por peritonitis á los 11 días	Muere durante el trabajo	Cáncer del cuello	
29	Chantreuil	?	43 años	Multípara.	?	Micción difícil; algunas pérdidas sanguíneas y leucorrea	Tres días	Versión podálica.	...	Muerta	Muerto	Cáncer del cuello	Desgarradura del útero y paso del feto á la cavidad del vientre.
30	Oldham	1851	33 años	Multípara.	A término	Hemorragias frecuentes	12 horas	...	...	Muerte por desgarradura del útero	Muerto	Cáncer del cuello	El feto pasó por la desgarradura á la cavidad del vientre.
31	Outrepont	1822	34 años	Primípara.	A término	...	1½ horas que vivió la mujer	Oper. cesárea post-mortem	...	Idem	Muerto	Cáncer del cuello	A la autopsia se encontró el feto, la placenta y un gran coágulo de sangre en la cavidad peritoneal.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
32	Oldham	1851	36 años	...	A término	Hemorragias frecuentes y vivos dolores	...	No terminó	...	Muerte durante el parto	Muerto antes de comenzar el trabajo	Carcinoma del cuello	
33	J. Miller, (jr.)	1844	37 años	Multípara...	A término	Escurrimiento muy fétido; vivos dolores lumbares	2 días	No se verificó	...	Muerte durante el trabajo	Muerto	Cáncer del cuello, de una parte del útero y del lig. ancho, izquierdo	A la autopsia se halla el feto en putrefacción
34	Hesse	1831	40 años	Multípara...	A término	Repetidas metrorragias.	2 días	No se verificó por falta de dilatación	...	Idem	Muerto	Cáncer del cuello....	Hecha la autopsia se encontró que la muerte fué causada por peritonitis.
35	Tornier	1869	29 años	Multípara...	Casi á término	...	Normal al principio, después calosfrío, calentura, agitación y vómitos	No terminó	...	Idem	Muerto	Cáncer del cuello....	A la autopsia no se encontraron desórdenes en los órganos genitales que explicaran la muerte.
36	Chantreuil	?	32 años	Multípara...	A término	Hemorragias y pérdidas saniosas	Largo y muy doloroso	Fórceps	...	Muerte á los 10 minutos de la operación ...	Muerto (macerado)	Carcinoma del cuello	Depaul hace tres incisiones al cuello que permiten aplicar el fórceps, cuyo resultado es dar salida á la materia cerebral.
37	Lieven	1879	39 años	Multípara...	A término	Pérdidas de sangre	Desde la ruptura de las membranas: 15 días con intervalos de calma	No terminó	...	Muere en colapsus	Muerto	Carcinoma del cuello	A las 24 horas de romperse la bolsa de las aguas, fisometría.
38	Schmith	1876	?	Multípara y 3 abortos..	A término, según el observador parece haber sido de 10 meses	Pérdidas de sangre, disuria y dolores	Durante el trabajo, se declara la fiebre, vómitos y calosfríos	Embriotomía	Pinoud no puede extraer la placenta sino á las 5 horas. Septicemia aguda....	Muerte á los 10 días	Hidrocéfalo en putrefacción	Carcinoma del cuello	Fisometría con escape de gases muy fétidos.
39	Menzies	1852	28 años	?	A término	Dolores agudos en la región inguinal izquierda y fiebre	Varias veces se inició sin que se dilatara el cuello	...	...	Muerte por peritonitis..	Muerto in útero á término ..	Carcinoma del útero	El niño muerto, permanece dentro del útero 8 meses que le sobrevive la madre.
40	Loviot	1884	?	?	A término	...	Normal	Espontáneo	Hemorragia abundante	Muerte en los primeros días del puerperio	Muerto	Carcinoma del cuello	
41	Marchand	1816	30 años	Multípara...	7 meses	...	Largo	Versión podálica	No hubo	Sin consecuencias	Vivió tres cuartos de hora...	Cáncer del cuello....	A los 8 días salió del hospital la mujer en buen estado.
42	Merriman	?	?	?	6 meses	Dolores lumb. y un escur. muy irritante....	Normal	Espontáneo	No hubo	Sin consecuencias	Vivo	Cáncer del cuello....	La mujer vivió 6 meses después de su parto, al cabo de los cuales murió.
43	Benicke	1877	?	?	8 meses	...	Rápido	Espontáneo	No tuvo	Sin consecuencias	Muerto	Cáncer en casi toda la pelvis	
44	...	1885	34 años	Multípara...	8 meses	...	Normal	Espontáneo	Ninguno	Sin consecuencias	Vivo	Epitelioma del cuello	
45	Levret	1766	?	?	7 meses	...	Largo (3 días)	Espontáneo	Hemorragias	Muerte á los 7 días	Vivo	?	
46	Levret	1753	35 años	Multípara...	8 meses	Escurrimiento sanioso ..	6 días	Espontáneo	...	Murió al poco tiempo...	Muerto	Ulcera carcinomatosa del cuello	
47	Martel	1877	37 años	Multípara...	8 meses	Hemorragias	$45\frac{1}{2}$ horas	Espontáneo	Hemorragia al 6º día	Sin consecuencias	Muerto	Cáncer encefaloide del cuello	
48	Rutledge	1876	35 años	Multípara...	$6\frac{1}{2}$ meses	...	?	Fórceps	...	Muerte á los 10 días por peritonitis	Vivo	Cáncer del cuello....	
49	Abegg	?	41 años	Multípara...	8 meses	Abundante hemorragia	...	Extracción manual..	...	Muerte por peritonitis..	Muerto	Carsinoma del cuello	Ruptura del útero, por la que pasó la cabeza del feto. En la pared posterior del útero había un gran fibroma.
50	Martín le Jeune ...	1835	49 años	Multípara...	$6\frac{1}{2}$ meses	Hemorragias repetidas..	Muy largo	No termina	...	Muere en el trabajo	Muerto	Cáncer del cuello y de la pared posterior de la vagina.	
51	Galabin	1875	36 años	2 abortos. 7º embarazo.	8º mes	Desde el 6º mes hemorragias	Largo, con vómitos y fiebre	Operación cesárea...	...	Muere á las 15 horas de operada	Muerto	Carcinoma del cuello	
52	Sommer	1791	37 años	Multípara...	$4\frac{1}{2}$ meses	Frecuentes hemorragias acompañ. de dolores..	Pocos dolores pero muy agudos	Abortó	...	...	...	Escirro del cuello ...	Sobrevivió 4 meses, durante los cuales tuvo muchos dolores, hemorragias y escurrimientos fétidos. El recto y la vejiga fueron atacados y perforados.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	ÉPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
53	Pachur	1838	34 años	Multípara	4 meses	Varios dolores y escurrimiento	24 horas	Aborto		Muerte á las 7 semanas		Cáncer del cuello	Una mejoría pasajera siguió al aborto.
54	Moncrieff Arnott	?	41 años	?	6 meses		2 horas	Aborto de gemelos		Muere 6 meses después.		Cáncer del cuello	
54 (bis.)	Playfair	1869	29 años	?	6 meses	Hemorragias	De 2 á 3 días	Aborto		?		Carcinoma del cuello	La expulsión del feto se hizo *fragmento por fragmento.*
55	Fischl	1864	32 años.	Multípara	A término.	Placenta previa	3 días	Tapón y fórceps	Hemorragia post-partum	Salvó	Putrificado.	Carcinoma del cuello	Murió algún tiempo después por el cáncer.
56	Boivin y Dugès	1833	37 años	Multípara	A término	Hemorragias abundantes y frecuentes	Largo	Espontáneo		Salvó	Putrificado	Escirro del cuello	Algunos meses después murió la enferma.
57	Pedelaborde	1847	32 años	Multípara	8 meses	Leucorrea y hemorragias	Normal	Espontáneo		Sin accidentes	Vivo: murió á las pocas horas	Cáncer del cuello	
58	Freudenberg	1875	35 años	Multípara	A término	Hemorragias y dolores agudos	Normal	Espontáneo	Fiebre, hemorragia	Sin accidentes	Nacido muerto	Escirro del útero	Muere á los dos meses por el tumor.
59	Descrozant	1884	42 años	?	5 meses	Algunas metrorragias				Muerte		Escirro del útero	Muere por el neoplasma. A la autopsia se halla el feto en putrefacción.
60	Cormack	1851	32 años	Multípara	A término	Hemorragias	24 horas	Espontáneo	Ninguno	Salvó	Vivo	Cáncer del cuello	A los 2½ meses excisión del cuello. Muerte á los 8 meses del parto.
61	Mauriceau	1680	?	Plurípara	8 meses	Homorragias, dolores y leucorrea	Normal	Espontáneo	Fiebre, incontinencia de orina	Sin accidentes	Muerto in útero	Carcinoma del cuello	La mujer murió tres meses después del parto.
62	Churchill	1843	40 años	Multípara	?	Escurrimiento abundante y fétido	Largo y doloroso	Espontáneo	Fiebre	Muere á los 6 días	Putrificado	Cáncer del cuello	A la autopsia se encontró una desgarradura del segmento inferior del útero.
63	Mackensie	?	?	?	3 meses	?	4 días	Aborto provocado á las 14 semanas.		Curación		Cáncer del cuello	No se snpo el estado de salud consecutivo.
64	Herman	1878	33 años	Multípara	5 meses	Abundantes hemorragias	?	Abortto provocado con previa destrucción del neoplasma con termo cauterio	Mejoría pasajera	Curación		Cáncer del cuello	Muerte de la enferma á los 7 meses.
65	Aschwell	1837	38 años	Multípara	7 meses			Parto prematuro artificial		Muerte á los 8 días		Carcinoma del labio izquierdo con propagación al monte de Venus.	
65 (bis)	Tanner	?	39 años	?	?			Provocación del parto prematuro. — Embriotomía	Ligera hemorragia	Muere por agotamiento 3 semanas después.		Cáncer de la pared recto-vaginal y de la pared del vientre	A la autopsia se halla el útero normal.
66	Welponer	1880	29 años	Multípara	5º mes	Hemorragias frecuentes	Doloroso y acompañado de vómitos	Craneoclasia. Se desgarra el cuello		Al 5º día muere		Carcinoma del cuello	Un año antes de este embarazo se le había hecho la amputación de la porción vaginal del cuello. Al 5º mes de gestación se practica la discición del cuello canceroso por Braün.
67	Galabin	?	25 años	Multípara	8½ meses	Hemorragias		Provocación del parto en sacos de Barnes. Después se intenta la versión sin resultado; en seguida se aplica el fórceps, pero fracasa, y por último se recurre al cefalotribo y al craneoclasto	Al 5º día aparición de membranas en las amígdalas y la faringe. Pleuresía	Muerte al 6º día por difteria		Cáncer del cuello	

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
68	Smith Heywood	1873	39 años	Multípara	5º mes	Dolor en la región inguinal con escurrimiento de mala naturaleza		Provocación del trabajo por la dilatación del cuello. Versión	Hemorragia secundaria	Muerte á los 4 días por hemorragia	Vivo	Cáncer del cuello	Al desprenderse la cabeza, salió la masa cancerosa de la vulva y se hizo la ablación.
69	Gonner	1884	42 años	Multípara	8 meses	Dolores en el abdomen. Hemorragias y leucorrea		Provocación del parto prematuro		Sanó	Vivo	Cáncer del cuello	Pocos días después del parto, extirpación del tumor con la asa galvano-cáustica. Curación.
70	Jacobi	1869	?	Primípara	8 meses			Provocación del parto. Versión		Sanó	?	Cancroide	No se tuvieron datos sobre las consecuencias ulteriores.
71	Spaœth	?	29 años	Multípara	8 meses		Normal	De nalgas. Tracciones para sacar la cabeza		Sanó	Murió	?	Ocho días antes del parto se practicó la escisión.
72	Todd Walton	1872	36 años	?	A término	Dolores intensos del vientre	Normal	Espontáneo			Vivo	Esquirro	A los 2 meses, escición del cuello; grave hemorragia, contenida con taponamiento de percloruro de fierro. El embarazo siguió su curso y cesaron los dolores.
73	Savory	?	35 años	?	8 meses		Normal	Espontáneo		Sanó	Muerto	Cáncer del cuello	Cuando el embarazo estaba en el 5º mes, se hizo la extirpación del tumor. Dos años después, la mujer parió otro niño á término en el que se hizo la versión con extracción forzada. Muerte de la enferma á los 13 días.
74	Godson	?	35 años	?	8 semanas		Normal	Espontáneo		Sanó		Cáncer del cuello	Amputación de la porción vaginal del cuello. A los 9 días se hace el cateterismo del útero y cuatro días después se expulsa el huevo cuya presencia no se había sospechado.
75	Bar	?	?	?	7 meses		Rápido	Espontáneo	Peritonitis	Murió algunos días después de peritonitis	Murió á las pocas horas	Cáncer del cuello	La preñez no había sido sospechada y se practicó la ablación del tumor con galvano cauterio. 15 horas después fué el parto.
76	?	1818	31 años	Multípara	6 meses	Dolores lumbares; pérdidas blancas fétidas; hemorragias, y coito doloroso				Muerte por agotamiento		Pólipo implantado en tejido escirroso	Extirpación del pólipo: hemorragia. Poco después se tocan las partes fetales. El marido niega el embarazo. ¿Cómo habría podido practicar el coito con un pólipo tan grande y un escurrimiento tan fétido? La autopsia hizo ratificar el diagnóstico de embarazo.
77	Bidder	1876	36 años	Multípara.	De 3 á 4 meses	No hubo		Aborto del 3º al 4º mes	No hubo	Sanó		Cáncer del cuello	Se hizo la amputación del cuello; no hubo hemorragia ni reacción. Curación rápida. A los 15 días se verificó el aborto.
78	Benicke	1877	?	Multípara.	6 meses		Normal	Espontáneo	Varios accesos de eclampsia	Sanó		Cáncer del cuello, labio posterior	En los 2 embarazos anteriores, albuminuria, seguids de eclampsia en el 2º En el que se relata se hace la ablación del tumor; hemorragia y temperatura de 40°
79	Benicke	1877	32 años	Multípara.	5 meses	Violentos dolores	Normal	Espontáneo	No hubo	Sanó		Cáncer del cuello en su porción vaginal	Amputación del cuello. Ligera hemorragia. Al día siguiente es el aborto y se encuentra una endometritis difusa.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
80	Benicke	?	30 años	Multípara.	?	...	Normal	Espontáneo	Puerperio normal	Sanó	Vivo	Cáncer del cuello en su porción vaginal	Schrœder hace la escisión y á las pocas horas hay reacción bien marcada con ligero escurrimiento sanguíneo. A los 5 días se declara el parto.
81	Benicke	1877	?	Multípara.	A término	Vivos dolores	Natural y rápido	Espontáneo. Extracción de la placenta por adherencia.	Puerperio fisiológico	Sanó	Vivo	Carcinoma del labio posterior	Al 5º mes se opera el tumor con tijeras y la cucharilla No hay hemorragia. El embarazo llega á término. Después del parto el cáncer tomó una marcha rápida.
82	Schrœder	1877	31 años	Multípara	A término	...	Natural.	Espontáneo	Uremia ?	Muere á las 6 semanas	Muerto	Cáncer de todo el cuello	Amputación del cuello al 5º mes, con grave hemorragia. Atrás se extirpa un fragmento de peritoneo y el dedo penetra en el pliegue de Douglas. La enferma cura sin fiebre. El preñado llega á término.
83	Wiener	1880	37 años	Multípara	A término	Dolores, hemorragias y leucorrea	Natural	Espontáneo	No hubo	Sanó	Vivo	Cáncer del labio posterior	Extirpación del tumor con el termo-cauterio; al tercer día se hace el parto. El cáncer reincidió.
84	Galabin	1876	31 años	Multípara	A término	Metrorragias frecuentes	...	Versión bipolar. El cuello del útero se contrae sobre el del feto y la saca de la cabeza se hace con fuertes tracciones.	Hemorragia	A los 2 meses la enfermedad no había hecho progresos	En estado de muerte aparente; pero se le hace respirar.	Cáncer del cuello	Amputación del cuello con la asa galvánica al mes de la concepción que aun estaba ignorada. A los 12 días cauterización con potasa, por hemorragia. 3 meses después se encuentra el lugar del cuello ocupado por la cicatriz. Al mes hemorragia y comienza el trabajo.
85	Mundé	1882	41 años	?	...	Hemorragias	...	...	...	...	...	Epitilioma del cuello	Extirpación del tumor con el galvanocauterio, ignorando la preñez que era de 4 meses. Al fin del 8º, la mujer estaba bien y el embarazo seguía su curso.
86	Felsenreich	1883	32 años	Multípara.	A término	No hubo	Largo por la resistencia del tejido cicatricial del cuello	Espontáneo	Peritonitis supurada	Muerte á los 6 días	Vivo	Cáncer del cuello	Bohm extirpó el tumor con el constrictor La enferma dejó el hospital al mes, curada, teniendo 5 meses de embarazo, volviendo á él cuando el embarazo llegó á término.
87	Gonner	1879	42 años	Multípara.	A término	Metrorragias que ponen muy anémica á la enferma. En la última taponamiento	...	La parotomía por el procedimiento de Freund con extirpación del útero	...	Muerte	Vivo	Idem	El estado de la enferma después de la operación obligó á hacer la transfusión de 120 gr. de sangre.—La arteria uterina fué ligada en la operación.—A la autopsia se halló ligado con la arteria el ureter izquierdo.
88	Spencer Wells	1881	37 años	Multípara.	6 meses	Leucorrea muy abundante. Enferma débil y sufría mucho	...	Laparotomía. Extirpación completa del útero	...	Salvó de la operación	Murió	Epitelioma del cuello	Operación duró 1 hora. Se usó el methyleno. A los 6 meses se notó un endurecimiento en la cicatriz vaginal. Se puede sospechar que la operación tuvo un resultado paliativo.
89	Benicke	?	34 años	Multípara.	7º mes	Hemorragias fuertes, dolores y leucorrea	Se declaró 6 días después de la operación	Sin accidente, pero prematuro: 7 meses 6 días	Ningunos	Salvó	Nació vivo y murió algunos días después	Cáncer del labio posterior del cuello	Se hizo la ablación del tumor con la cucharita cortante.
90	Denmann	?	...	...	9º mes	Violentas hemorragias al fin	...	...	...	Muerte	No se pudo extraer: muerto.	Excrecencia en forma de coliflor toda la parte posterior del cuello	El diagnóstico fué dudoso al principio porque el tumor impedía la exploración. Se intentó el desembarazamiento para salvar á la paciente de la hemorragia, pero no se pudo hacer.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
91	Greenhalgh	1887	72 años	Multípara.	A término	Hemorragias repetidas y leucorrea irritante		Operación cesárea antes del trabajo.	Nulos	Murió á los 6 meses	Vivo, pequeño y débil	Epitelioma del cuello	La enferma se mejoró. Hemorragias y dolor habían desaparecido después de la operación, y la afección local había disminuido sensiblemente.
92	Lowenhardt	?	29 años		A término	Hemorragias y dolores.	Hemorragias y contracciones débiles	Extracción fórceps	Nulos	Salvó	Vivo	Cáncer del cuello. Excrecencias	Se dió cuernecillo. La hemorragia se detuvo; pero después de la dilatación completa volvió y exigió el fórceps.
93	Joerg	1812	33 años	Multípara	9º mes	Hemorragias y dolores lascinantes	20 horas	Versión podálica	Ninguno	Muerte á las 9 semanas.	Muerto	Cáncer del cuello y parte inferior de la matriz, vagina y vulva	La presentación fué de tronco. La cabeza se detuvo una hora en el orificio uterino. Cáncer en forma de excrecencia que llenaba la vagina. Autopsia. Hidronefrosis doble.
94	Natale, publicado por Chantreuil	?		8 á término y 5 abortos	9º mes		Dos días	Fórceps	Ninguno	Salvó de la operación. Muerte á los 6 meses.	Vivo	Cáncer del cuello y segmento inferior del útero	Se hizo la dilatación forzada. Esponjas, inyecciones, incisiones y fórceps para salvar al niño.
95	Godson	1877			A término		Dilatación forzada al principio del trabajo	Cefalotripsia		Salvó	Murió	Epitelioma extenso del cuello	La extracción fué difícil á causa de la rigidez del cuello. La dilatación se hizo con los globos de Barnes. No hubo laceración aparente del cuello.
96	Edis	1876	33 años	Multípara	A término		Dilatación artificial del cuello	Fórceps	Piohemia	Muerte al 12º día	Vivo	Epitelioma del cuello	Se atribuyó el accidente á la compresión ejercida sobre las partes enfermas por la cabeza fetal.
97	Galabin	1876	41 años	Multípara	9º mes	Hemorragias fuertes al 7º mes	Hemorragia. Dilatación forzada	Cefalotripsia difícil: 3 horas	Fiebre, incontinencia y luego retención de orina. Hemorragias después de un mes	Salvó	Muerto	Cáncer del cuello extenso. Invade la vagina y la vejiga.	Presentación de vértice; al 9º día se notó comunicación amplia entre la vagina y la vejiga. Las hemorragias se contuvieron con percloruro. A los 60 días volvió á su casa la enferma, aliviada.
98	Bourgeois (Chantreuil)	1852	42 años	Multípara	9º meses	Hemorragias. Caquexia	Difícil por falta de dilatación. Incisiones	Espontáneo	Peritonitis aguda.	Muerte	Muerto: muy pequeño	Cáncer del cuello: casi todo	El último parto, dos años antes, fué muy largo: ya existía el cáncer en la parte anterior del cuello.
99	Brandt (Berlin)	1881						Incisiones y fórceps.	Peritonitis á los 10 días	Murió		Carcinoma del cuello	
100	Budin	1879	38 años	Multípara	A término	Hemorragias. Dolores. Leucorrea puriforme sin olor	Largo por falta de dilatación. Se hacen incisiones en la parte sana	Extracción fórceps (angosto)	Nulos	Salvó	Vivo. 3 kilógramos de peso.	Cáncer del cuello	Se había pronosticado placenta previa por otros médicos. Al cuarto día del trabajo el cuello apénas tenía 5 centímetros de diámetro. Se hicieron dos pequeñas incisiones atrás y á la derecha: aun así no se dilató suficiente para dejar pasar la cabeza.
101	Ernest	1882	33 años	Primípara	A término	Hemorragias al principio y edemas en las piernas	Largo por falta de completa dilatación. Incisiones	Perforación y versión		Murió á las 3 horas	Muerto y macerado	Cáncer del cuello propagado á la vagina	Gracias á 5 ó 6 incisiones se pudo penetrar en el útero. La dilatación era de 5 centímetros después de 9 horas. Se encontraron desgarraduras vaginales que llegaron al peritoneo y tejido subperitoneal.
102	Fischer	1885	28 años	Multípara			Incisiones	Fórceps	Anemia	Murió á las 12 horas	Vivo	Cáncer extenso del cuello, porción vaginal	
103	Gueniot (Chantreuil)	1872	27 años	Multípara	6½ meses	Abortó	36 horas. Incisiones en el cuello	Versión	Nulos	Salvó	Muerto	Cáncer vegetante del cuello	La cabeza se detuvo y fué necesario hacer incisiones á la izquierda y un poco atrás en el cuello.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
104	Gueniot (Chantreuil)	1872	34 años	Multípara...	$8\frac{1}{2}$ meses	....	2 días por falta de dilatación. 5 ó 6 incisiones	Fórceps	Peritonitis que desaparece Fiebre caquexia	Murió	Vivo	Cáncer del cuello	Autopsia. Perforación vesico-vaginal. Psortís supurada. El cáncer comprendía $\frac{2}{3}$ del cuello.
105	Hedrich	......	40 años	Multípara...	....	....	Incisiones al cuello	Fórceps	....	Salvó	Vivo	Cáncer del cuello	Murió á los 3 meses.
106	Loquet (Le Goupils)	1879	....	Multípara...	$6\frac{1}{2}$ meses	Leucorrea fétida y hemorragias	Hemorragia y dificultad de dilatación. Incisión crucial	Versión fácil	Peritonitis que curó. Caquexia	Salvó	Muerto	Escirro del cuello	Murió por la caquexia á los 2 meses.
107	Lowen Nardt	......	38 años	Multípara...	....	Leucorrea fétida y dolores de cadera antiguos	Lento. Cuernecillo. Incisiones	Fórceps	Nulos	Salvó	Vivo	Escirro del cuello	La mujer murió al año por la caquexia.
108	Macdonald	1868	34 años	Ninguno ...	A término	....	Difícil por la obstrucción. Incisiones	Fórceps y después cefalotripsia	....	Murió á los 5 días	Muerto	Cáncer del cuello	
109	Malgaigne (Chant)	1872	30 años	Multípara...	A término	....	Lento. 2 incisiones. Cuernecillo	Espontáneo	Debilidad gradual	Murió á los 17 días	Muerto ántes de nacer	Cáncer del cuello	Autopsia. Los tumores escirrosos se habían reblandecido y desgarrado durante el trabajo. Las incisiones no pasaron del cuello.
110	De la Maternidad (París)	1862	....	....	9º mes	Hemorragias	Laborioso. Incisiones numerosas en el contorno del cuello	Fórceps	Peritonitis	Murió	Muerto	Cáncer del cuello, parte anterior	El tumor tenía el volumen de una manzana y era blando.
111	Saboia	1873	....	5 partos y 3 abortos	....	....	Laborioso por el obstáculo del cuello. Incisiones	Fórceps	Nulos	Salvó	Vivo	Escirro ulcerado del cuello	La paciente murió después de 8 meses.
112	Sympson	1848	....	....	A término	....	Lento. Incisiones	Espontáneo	Agotamiento	Murió	....	Cáncer duro del cuello	Las incisiones (2 ó 3) se hicieron sobre la parte dura.
113	Spiegelberg, Chant	1872	44 años	Multípara...	A término	....	Después de 4 días se hacen 4 incisiones.	Fórceps	Nulos	Salvó	Vivo	Carcinoma del cuello	Murió á los $10\frac{1}{2}$ meses por caquexia.
114	G. Stein	1882	35 años	Multípara...	A término	....	Lento, incisiones	Fórceps	....	Salvó	Muerto	Cáncer del útero. Segmento inferior y vagina	Sobrevino una ruptura del útero y fístula útero-vesical.
115	Valenta	......	....	Multípara...	A término	Hemorragias numerosas	Inercia. Duchas. Incisiones. Taponamiento y cuernecillo.	Cefalotripsia	....	Muerte	Muerto antes de la perforación	Carcinoma externo del cuello y de la vagina	Desgarradura del cuello que llegó al peritoneo.
116	Wallstein	......	40 años	Multípara...	6 meses	....	Dolores débiles y agotamiento. Incisiones	Fórceps	Ninguno	Salvó	Vivo	Cáncer del labio anterior del cuello del volumen de un limón	Dos meses después hemorragias y crecimiento del tumor. A los 4 meses murió.
117	Bileted	......	44 años	Multípara...	A término	Hemorragias seis meses antes	Lento	Fórceps	Ninguno	Salvó	Muerto antes de la extracción	Cáncer infiltrado del canal cervical	Se había hecho la raspa y cauterización actual antes del embarazo. Meses después en regular estado.
118	Tarnier	1881	33 años	Primípara...	A término	Hemorragias frecuentes y abundantes	25 horas 40 minutos	Fórceps	Ninguno	Salvó	Muerto antes de la extracción	Epitelioma del cuello	El cuello invadido en los tres cuartos de su circunferencia.
119	Fifield	1887	....	....	A término	....	48 horas	Fórceps	Hemorragia	Salvó	Vivo	Cáncer ulcerado del cuello	El cáncer se extendía al recto.
120	Watelle	1870	40 años	Multípara...	A término	Leucorrea y dolores	Dilatación incompleta y lenta	Fórceps	....	Salvó	Muerte durante el trabajo	Cáncer del labio posterior del cuello. Epitelioma	La madre sobrevivió algunos meses, y al fin murió. El lado anterior del cuello se dilató: pero fué insuficiente. Se había cauterizado á los dos meses del embarazo, cauterio actual y percloruro.
121	Turnbull	1880	41 años	Multípara...	A término	Hemorragias repetidas hasta el tercer mes	Lento é interrumpido. Hemorragias	Fórceps	Ninguno	Salvó	Vivo	Epitelioma del cuello. Labio posterior	Al salir la cabeza arranca una parte del tumor. El mal invadió el recto y la vejiga. Muerte á los 8 meses.
122	Tarnier	1873	25 años	Multípara...	7 meses	Ningunos	Anticipado y lento. Hemorragias y escalofríos. Infección	Fórceps, aplicación difícil	Escalofríos y hemorragia abundante	Muerte al 7º día	Muerto antes de la operación	Cáncer del cuello y pared vesical	Al articular el fórceps se producen dos desgarraduras. Autopsia, desgarradura de la pared vesico-vaginal.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
123	Johnston...........	1871	29 años	Multípara...	A término..........	....	Hemorragia y leucorrea fétida. Lento.	Fórceps................	Colapsus...........	Muerte á las 29 horas...	Estaba muerto y en putrefacción.........................	Cáncer del cuello....	No se hizo la autopsia.
124	Welponer.	1878	32 años	Multípara...	A término..........	....	Lento y hemorragias	Versión bipolar. (Braston Hicks) y perforación.........	Hemorragia........	Salvó......................	Muerto	Cáncer duro todo el cuello y las paredes vaginales......	Murió la paciente á los 9 meses.
125	Siebold	1815	....	....	A término..........	....	No se hace la dilatación completa.......	Versión................	....	Muerte en el puerperio.	....	Cáncer del cuello y la vagina...........	Fístula vesico-vaginal.
126	Siebold	......	46 años	Multípara...	A término..........	....	Difícil leucorrea purulenta................	Sangría y versión...	Graves (no se dicen)...............	Muerte al 4º día.........	Muerto y en putrefacción ...	Cáncer del cuello....	El vientre era muy doloroso y se rompió prematuramente la fuente.
127	Shricker	1820	40 años	....	....	....	Dilatación muy lenta........................	Versión................	....	Muerte inmediata.......	....	Escirro del cuello...	Hubo ruptura uterina ? se pregunta el autor.
128	Dietrick..............	1868	38 años	Multípara...	A término..........	....	Difícil por falta de dilatación y muy lento Escurrimiento sanioso abundante..	Extracción manual muy difícil. Se separó el tronco de la cabeza...........	Peritonitis	Murió al 4º día..........	Muerto antes de la operación	Carcinoma del cuello y pared posterior de la vagina..	La presentación era de asiento. El labio posterior del cuello no se pudo ya reconocer, el anterior muy grueso y duro.
129	Olabain..............	1851	40 años	....	A término..........	....	La dilatación se hizo; pero subsistía el obstáculo del tumor......................	Craniotomía..........	....	....	Muerto probablemente ántes de la operación	Carcinoma ulcerado del cuello	Antes del embarazo hemorragias y leucorrea saniosa.
130	Heilbrun............	1884	38 años	Multípara...	A término..........	....	Dilatación lenta..............................	Cefalotripsia..........	Flebitis.............	Murió á los 27 días......	Muerto	Cancroide del cuello y vagina............	La mujer estaba muy agotada. El feto murió á las 48 horas del trabajo, ántes de la operación.
131	Ruttledge...........	1876	30 años	Multípara...	A término..........	....	....	Extracción manual y cefalotripsia.....	....	Salvó y curada...........	Muerto	Cáncer del cuello, labio posterior........	A las 5 semanas se hizo la raspa para quitar restos del mal que había en parte desaparecido.
132	Ruttledge...........	1876	42 años	Multípara...	8º mes	....	Difícil por resistencia del cuello..........	Cefalotripsia y perforación............	....	....	Muerto probablemente ántes de la operación	Cáncer del cuello, labio anterior.........	El tumor, del volumen del puño, era aplastado por la cabeza, é impidió la extracción por el fórceps.
133	Arnott................	1845	33 años	Multípara...	5º mes..............	Hemorragias	Lento..	Se extirpó el tumor.	....	Salvó......................	Nació vivo........................	Cáncer del cuello, labio anterior.........	El labio anterior curó y la enfermedad se reprodujo en el labio posterior. A los 8 meses fué examinada: había tenido hemorragias.
134	Gonner	1884	41 años	Multípara...	A término..........	....	Hemorragia	Extirpación del tumor, fórceps é incisiones. Hemorragia.................	....	Salvó......................	Vivo	Cáncer del cuello ...	La enfermedad reincidió. Se hizo nueva extirpación 2 veces. Al fin murió á los 4 años.
135	Gonner	......	38 años	Multípara...	8º mes	....	Ruptura prematura de la bolsa...........	Extirpación asa galvano-cáustico y fórceps..............	....	Salvó......................	Niño de 2,170 gramos	Cáncer del útero.....	Muerte de la mujer á los 4 meses.
136	Dietrich..............	......	37 años	Multípara...	A término..........	....	24 horas sin resultado.......................	Extirpación del tumor. Fórceps é incisiones.............	....	Murió á los 5 días.......	Vivo	Cáneer del cuello, labio anterior.........	Autopsia. Pequeña cantidad de pus en el peritoneo. Cuello lleno de una masa pulposa, necrosada.
137	Gonner	......	38 años	Multípara...	A término..........	Hemorragia y leucorrea fétida....................	Lento. Raspa. Incisiones................	Fórceps. Perforación de la vejiga quc se suturó......	....	Salvó......................	Vivo	Cáncer del cuello: invadido el canal cervical..................	Pareció curada la fístula al tercer mes. La enferma murió á poco.
138	Herman..............	1882	37 años	....	A término..........	....	....	Extirpación con tijeras y termo-cauterio. Fórceps.....	Flegmasía alba dolens y septicemia: fístula vesico-vaginal.....	Murió á los 18 días......	Vivo	Cáncer del cuello propagado al cuerpo..................	La parte del cuello principalmente invadida fué la anterior. Masa dura y abollada. La pared anterior de la vagina interesada.
139	Herman..........	1882	45 años	Multípara....	A término..........	Hemorragias y dolores.	Dilatación incompleta. Ruptura prematura de la bolsa. Extirpación del tumor con tijeras y constrictor.........	Fórceps................	....	Salvó......................	Muerto ántes de la operación............................	Cáncer del cuello en casi todo su contorno................	Seis meses después la enferma estaba muy anémica. Dolores y hemorragias habían disminuído.
140	Michaelis	1836	30 años	Multípara....	A término..........	Hemorragias y dolores.	Extirpación con tijeras; poca hemorragia	Versión................	....	Salvó......................	Muerto y descompuesto ántes de la operación	Cáncer del cuello en coliflor...............	Dos meses después el tumor había crecido. Cáncer del estómago. No se tuvieron más noticias.

Observaciones.	AUTORIDAD.	Año.	Edad.	PARTOS ANTERIORES.	EPOCA DEL EMBARAZO.	ACCIDENTES DEL EMBARAZO.	TRABAJO.	TERMINACIÓN DEL TRABAJO.	Accidentes puerperales.	MADRE.	NIÑO.	DIAGNOSTICO.	OBSERVACIONES.
141	Fromel Richard		36 años	Multípara	A término		Extirpación del tumor con los dedos	Versión		Murió pocos días después	Muerto ántes de la operación	Cáncer extenso del cuello	Caquexia. Los tejidos atacados eran muy deleznables.
142	Ehrendorfer		35 años	Primípara	7º mes: embarazo gemelar	Hemorragias repetidas. Dolores	Ruptura prematura de la fuente	Operación cesárea, método moderno.	Peritonitis purulenta	Murió 32 horas después.	2 vivos: 1º 1,450 gramos y 2º 1,450 gramos	Cáncer del cuello	
143	Bechmann	1877			A término		Muy lento. Dolores fuertes	Operación cesárea, procedimiento de Deleurye	Fiebre intensa	Murió á las pocas horas.	Vivo. Peso, 4 kilos	Cáncer del cuello propagado á los fondos vaginales.	Inercia uterina durante la operación. Vómitos. Salida de intestinos. Autopsia. Tumor obstruyendo la pélvis. Trombosis múltiples.
144	Hall Davis	1865	34 años	Multípara y 2 abortos	A término	Flujo blanco, dolores; una hemorragia	Rotura prematura de la fuente y no se puede verificar el parto	Operación cesárea		Muerte á las 41 horas	Vivo	Cáncer del cuello	La vagina estaba estrechada por un tejido muy duro, que impidió la aplicación del fórceps aun después de incisiones.
145	Ed. James	1862	38 años	Multípara	A término		El cuello no se dilata por completo	Operación cesárea	Peritonitis con vómitos constantes	Salvó	Vivo	Cáncer del cuello	Murió á los 9 meses.
146	Trommel Richard.	?	42 años	Multípara			48 horas sin fruto	Operación cesárea	Peritonitis hemorrágica	Muerte á los 2 días	Vivo	Carcinoma del cuello propagado á la vejiga y á la vagina.	Durante la operación se rompió la vejiga. Autopsia. Además de la peritonitis, hidronefrosis y nefritis intersticial.
147	Galton	1881	34 años	Multípara	6½ meses	Dolores que provocan el trabajo	No puede terminar	Operación cesárea. No se hizo ruptura uterina ni antisepsia	Peritonitis	Muerte al 3º día		Cáncer del cuello	La herida uterina abierta. El peritoneo tiene gran cantidad de sangre. Cuello endurecido. Incisión uterina sobre la placenta.
148	Greenhalgh	1867	30 años	Multípara		Dolores y flujo rosado é irritante	5 horas inútiles	Operación cesárea		Muerte á las 69 hoaas	Vivo	Epitelioma del cuello y segmento inferior del útero	Peritoneo vascularizado sin linfa plástica, ni depósitos secundarios (del cáncer).
149	Marchand	1884	?	Multípara.	A término	Hemorragias, dolores, leucorrea fétida	Retardado y muy lento	Operación cesárea moderna	Peritonitis	Muerte á las 5 horas	Vivo. 2,700 gramos	Epitelioma del cuello, útero y vagina	Autopsia. Peritonitis generalizada y masas cancerosas ne los ligamentos anchos y ganglios lombares.
150	Newman	?	27 años	Multípara	6½ á 7 meses	Dolores y escurrimiento fétido	3 días y no se dilata el cuello	Operación cesárea		Salvó	Nació vivo.	Cáncer ulcerado del cuello	Tres meses después estaba repuesta. Ninguna noticia posterior; estado local quedó el mismo.
151	Oldham	1851	28 años	Multípara y 1 aborto	8 meses	Hemorragias y escurrimiento sanioso	No se hizo la dilatación	Operación cesárea	Ninguno	Salvó	Vivo	Cáncer del útero	Murió á los 6 meses. La vagina estaba llena por la masa cancerosa y no se pudo tocar la presentación.
152	Ruttledge	1876	41 años	Multípara	8º mes	Hemorragias y flujo blanco. Caquexia	Se declaró anticipado, y se juzgó imposible de terminar	Operación cesárea	Peritonitis supurada	Muerte al 7º día	Vivo. 2,940 gramos	Cáncer del cuello	Autopsia. La vejiga estaba invadida. Peritonitis supurada y nefritis intersticial
153	Schoeffer	1876	42 años	Multípara	8º mes	Edema de la vulva y flujo sero-sanguinolento	No se puede reconocer el orificio del cuello	Operación cesárea; suturas con catgut		Muerte al 7º día	Vivo	Cáncer del cuello	Todas las suturas se han aflojado. La herida uterina abierta y con coágulos sanguíneos.
154	Pritzl	1883	29 años	Primípara	8º mes	Leucorrea fétida	No se puede completar la dilatación	Operación de Porro.	Peritonitis	Muerte al 7º día	Nació vivo. Murió de atelectasia	Cáncer del cuello	Autopsia. Se gangrenó el pedículo que fué tratado extraperitonealmente.
155	Schroeder	1885			7½ meses	Dolores y rotura de la fuente. Muerte del producto	Se declara infructuoso y el parto imposible Infección	Operación de Freund	Peritonitis	Muerte á las 5 horas	Muerto en el seno materno	Cáncer del cuello y segmento superior del cuerpo	Autopsia. El líquido peritoneal contenía gran número de streptococcus. Un núcleo canceroso en la pelvis (tejido celular).
156	La Maternidad de Paris	1864	28 años	Multípara	8º mes	Leucorrea y dolores abundantes	Lento. Se rompieron artificialmente las membranas y se abrevió	Espontáneo	Peritonitis é infección purulenta	Muerte al 9º día	Vivo	Degeneración cancerosa del cuello	
157	Vatelle	1870			A término	Nulos	Lento. Dilatación insuficiente	Fórceps		Salvó	Vivo	Epitelioma del cuello ⅓ izquierdo	Caquexia y muerte algunos meses después.
158	Champetier de Ribes	?	38 años	Multípara y 2 abortos	A término	Hemorragia una vez	12 horas. Faltan contracciones	Fórceps	Nulos	Salvó	Vivo	Epitelioma del cuello	Desgarradura del labio posterior casi hasta el peritoneo. Dejó el hospital el 10º día en estado satisfactorio.
159	Hermil	1879	41 años	Multípara	A término		Dilatación á expensas de la parte posterior del cuello	Fórceps	Peritonitis	Salvó	Vivo: nació asfixiado	Carcinoma del cuello	El niño murió á los 14 días.

Resumen de los principales datos que suministran las 168 observaciones de cáncer complicando el embarazo.

1.

Frecuencia del mal según edad de las pacientes.

De 20 á 30 años, casos	21
De 31 á 40 ,, ,,	79
De 41 á 49 ,, ,,	27
Ignorada la edad	41
Total	168

Sobre los 127 conocidos.

Más frecuente de 31 á 40 años......... 62 por ciento.

2.

Frecuencia según el número de partos anteriores.

Primerizas	8
Multíparas	134
Se ignora en	26
Total	168

Embarazo.—*

Sobre los 142 conocidos.

Primerizas	6 por ciento.
Multíparas	94 por ciento.

3.

Epoca del término del embarazo.

En el primer trimestre			5
„ segundo	„		25
„ tercero	„	parto prematuro	33
Retardado			3
A término			90
Se ignora en			12
		Total	168

Sobre los 156 conocidos.

Hubo abortos.	18	por ciento.
Partos prematuros	25	„
Llegaron á término	57	„

4.

Accidentes del embarazo, que consistieron en hemorragias, dolores, leucorrea, diversamente combinados en intensidad.

Existieron en	95
No hubo en..	14
Ignorados en	59
Total	168

Sobre los 109 conocidos.

Se presentaron en el..................... 88 por ciento.

5.

Influencia del cáncer sobre el trabajo del parto.

Normal	29
Rápido	4
Difícil y lento	94
Rotura prematura de la bolsa	4
Con hemorragia	7
No hay pormenores	30
Total	168

Sobre los 138 casos conocidos.

Fué normal en el	21 por ciento.
Distócico ó con accidentes graves	79 por ciento.

6.

Influencia sobre el modo como terminó el parto.

Muerte durante el trabajo	12
Terminación espontánea	40
" " mediante incisiones al cuello	2

Con operaciones.

Extracción manual	3
Aborto provocado	3
Parto prematuro provocado	3
" " " y embriotomía	2
Versión podálica	4
" " y extirpación del tumor	2
" " é incisiones al cuello	6
" " y perforación	2
A la vuelta	79

De la vuelta..............	79
Embriotomía, feto muerto........................	2
Operación Cesárea..................................	16
,, ,, post mortem.................	1
,, de Porro..............................	2
Extirpación de tumor..............................	1
Fórceps..	18
,, y tapón....................................	1
,, é incisiones al cuello....................	13
,, y dilatación artificial por otros medios......................................	1
,, incisiones y cefalotripsia..............	1
,, y extirpación del tumor.................	4
,, sin resultado................................	1
Cefalotripsia...	2
,, é incisiones...........................	1
,, y dilatación forzada...............	2
Craneotomía	1
Operación de Freund á término..................	2
,, ,, antes de término	1
No hay pormenores.................................	19
Total..............	168

Sobre los 149 casos conocidos.

No se verificó el trabajo en..........	12
Fueron espontáneos el................	28 por ciento.
Exigieron operación el...............	63 por ciento.

7.

Influencia sobre el puerperio.

Hubo accidentes graves ó mortales (hemorragias, peritonitis, septicemia, agotamiento, etc.) en..	55
Al frente..............	55

Del frente...............	55
No se presentaron..................................	37
No se mencionan....................................	76
Total..............	168

Sobre los 92 casos conocidos.

Hubo accidentes graves en el........ 59 por ciento.

8.

Suerte de la madre.

Muerte antes, en el trabajo ó poco después....	44
,, después de algunas semanas ó meses.	71
,, ,, ,, algunos años..................	1
Se conservan bien después de algún tiempo...	2
,, ,, ,, ,, extirpación tumor...	1
Salva y aborta..	3
,, ,, se ignora el resultado.....................	4
,, ,, muere..	2
,, ,, reincide el neoplasma.....................	1
Se ignora el resultado..............................	39
Total........................	168

Sobre los 129 casos conocidos.

Murieron..............................	92	por ciento.
Mejoraron..............................	3	,,
Resultado dudoso.....................	5	,,

9.

Suerte de los niños.

Nacieron vivos á término..........................	47
,, ,, prematuros.......................	4
A la vuelta...........................	51

De la vuelta	51
Muertos á término	57
Abortos y partos prematuros	35
No se dice	25
Total	168

Sobre los 143 *conocidos.*

Salvaron el	35	por ciento.
Murieron ó no se lograron	63	,,

10.

Sitio de la enfermedad.

Cáncer del cuerpo del útero	5
,, de todo el órgano	1
,, del cuello y cuerpo del útero	6
,, ,, cuello	108
,, ,, ,, y vagina	13
Epitelioma del cuello	14
,, ,, ,, y vagina	2
,, ,, ,, ,, del cuerpo uterino	2
Cáncer en toda la pelvis	1
No se determina lugar	16
Total	168

De los 152 *casos conocidos.*

El más frecuente ha sido el cáncer en el cuello	71	por ciento.
Del cuerpo solo	3	,,
Propagado al cuerpo ú otros órganos	26	,,

CONCLUSIONES.

El cáncer del útero complicando el embarazo se ha observado:

Con más frecuencia en las multíparas......	94	por ciento.
A la edad de 30 á 40 años.........................	62	„
Ha determinado la interrupción del embarazo en el....................................	43	„
Ha producido accidentes más ó menos graves en..	88	„
El trabajo ha sido distócico ó con accidentes graves ó mortales en el..................	79	„
Ha exigido operaciones más ó menos peligrosas en el..................................	63	„
El puerperio ha sido complicado y grave en	55	„
La mortalidad materna ha sido..............	92	„
„ „ de niños	65	„
El mal se ha presentado con más frecuencia en el cuello	71	„
Rara vez en sólo el cuerpo de la matriz......	3	„

FIN.